

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Fisioterapia



TESIS DOCTORAL

**Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las
Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla**

Manuel Calvente Rodríguez
Sevilla, 2014

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Fisioterapia



**“Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida
de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los
Hospitales Públicos de Sevilla”**

Manuel Calvente Rodríguez

TESIS DOCTORAL
Sevilla, 2014

DIRECTORES
Prof. Dr. D. Manuel Albornoz Cabello
Prof. Dr. D. Luis Espejo Antúnez

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Fisioterapia



**Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios
de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla**

**Tesis presentada para aspirar al grado de
DOCTOR** por el Ldo. D. Manuel Calvente Rodríguez,
dirigida por los Doctores D. Manuel Albornoz Cabello y
D. Luis Espejo Antúnez.

Sevilla, a 17 de septiembre de 2014

Fdo. Manuel Calvente Rodríguez



Dpto. de fisioterapia

Dr. D. MANUEL ALBORNOZ CABELLO, profesor adscrito al Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla y el profesor **Dr. D. LUIS ESPEJO ANTÚNEZ**, adscrito al Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica de la Universidad de Extremadura, como directores de la Tesis titulada “ **Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla**” de la que es autor D. Manuel Calvente Rodríguez.

AUTORIZAN la presentación de esta Tesis, de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente, dado que la citada Tesis Doctoral ha sido realizada bajo nuestra codirección, reuniendo ésta las condiciones necesarias para su presentación y defensa en sesión pública ante el Tribunal designado.

Lo que hacemos constar a los efectos oportunos, en Sevilla, a 17 de septiembre de 2014.

Fdo. Dr. D. Manuel Albornoz Cabello

Fdo. Dr. D. Luis Espejo Antúnez

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Fisioterapia



Tesis Doctoral

**“ ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE
VIDA DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA
DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE SEVILLA”**

Manuel Calvente Rodríguez
Sevilla, 2014

La verdadera sabiduría está en reconocer la propia ignorancia.

Aristóteles (384-322 AC)

AGRADECIMIENTOS

Mi profundo agradecimiento por la amplia ayuda que me han aportado tantas personas para poder realizar este trabajo, reconociendo mis lagunas en la constancia, mi ignorancia y el paso del tiempo oportuno.

Hacer muy explícito el agradecimiento a mis directores de tesis: Dr. D. Manuel Albornoz Cabello por su apoyo incondicional y constante, consejos, orientación, aportaciones y rigor en su rol investigador. Por su dedicación tantos días, así como, a esa paciencia siempre firme, y Dr. D. Luis Espejo Antúnez, igualmente por su disposición, su aporte esencial, su humildad, su aceptación a codirigir tan desinteresadamente.

A ambos por facilitarme la oportunidad de seguir aprendiendo.

A mis compañeros fisioterapeutas de los Hospitales Públicos de Sevilla que han colaborado en la recogida de datos, con especial mención a D.^a Adriana Escolar, D. Fernando Martos, D.^a Isabel Romero y D.^a M.^a Carmen Puignau.

A los pacientes/usuarios que participaron en la investigación, sin cuya colaboración sería imposible esta realidad.

A D.^a M.^a Victoria Puig Moreno por el mucho ánimo que me transmitió y su ayuda en las traducciones.

Al Departamento de Fisioterapia por su constante apoyo y aliento, muy especialmente a D. Agustín de Vicente por el sacrificio de tantas tardes para ayudarme.

A los Hospitales Públicos de Sevilla: H. Universitario “Virgen del Rocío”,

H. Universitario “Virgen Macarena” y H. Universitario “Virgen de Valme” por permitirme y facilitarme la investigación.

A mi familia, esposa e hijos, por su constante ánimo, ayuda, comprensión y tolerarme como soy de egoísta robándoles el tiempo en “otras cosas”.

También a aquellas personas que colaboraron y en este momento se me escapan de la memoria, mi agradecimiento y perdón.

A todos, ¡gracias!

ÍNDICE TEMÁTICO

ÍNDICE:	I
----------------------	----------

1. INTRODUCCIÓN:	2
-------------------------------	----------

1.1. Marco teórico. Antecedentes	2
1.2. Calidad en la Atención Sanitaria.....	8
1.3. Estado Actual del tema	9
1.4. La Fisioterapia en el Sistema Público de Salud	12

2. OBJETIVOS:	19
----------------------------	-----------

3. MATERIAL Y MÉTODOS:	21
-------------------------------------	-----------

3.1. Diseño	22
3.2. Población y Muestreo	25
3.2.1. Criterios de Inclusión	26
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	27
3.2.3. La Muestra	27
3.2.4. Diagrama de flujos	30
3.3. Variables	31
3.3.1. Variables personales y de afiliación	31
3.3.2. Variables profesionales relacionadas con la Unidad de Fisioterapia.....	33
3.3.3. Variables de satisfacción de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia	35

3.3.4. Variables de calidad de vida de los usuarios de las	
Unidades de Fisioterapia	36
3.4. Procedimientos de Medición.....	38
3.4.1. Recogida de datos	38
3.5. Materiales/Instrumentos.....	40
3.5.1. Documento de Consentimiento Informado	40
3.5.2. Cuestionario de Satisfacción.....	41
3.5.3. Instrumentos de medida de la Calidad de Vida	
Relacionada con la Salud (CVRS)	42
3.5.3.1. Cuestionario Short Form-12	46
3.6. Análisis de Datos	48
4. RESULTADOS	49
4.1. Características antropométricas y sociodemográficas de la	
población.....	50
4.2. Relaciones entre variables.....	57
4.3. Relaciones entre variables y factores.....	64
4.4. Fiabilidad y consistencia interna del cuestionario de satisfacción	
diseñado	73
4.5. Descriptivos e Ítems del cuestionario de Satisfacción	
del usuario	81

4.6. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRs).....	84
4.6.1. Comparación entre los valores iniciales (Pretest) y finales (Postest) de la muestra	84
4.6.2. Comparación de los resultados obtenidos en cada uno de los Ítems del cuestionario SF-12 categorizado en función de la evolución (Empeora, Igual, Mejora)	90
4.6.3. Comparación de la evolución (Empeora, Igual, Mejora) de los pacientes en función de las variables sociodemográficas descritas (Sexo, Actividad laboral y Nivel de estudios)	92
4.6.4. Comparación de la evolución (Empeora, Igual, Mejora) de los pacientes en función del hospital de procedencia (Hospital Virgen de Valme, Hospital Virgen de la Macarena, Hospital Virgen del Rocío).....	98
5. DISCUSIÓN	105
5.1. Características antropométricas de la muestra.....	106
5.2. Resultados del cuestionario de satisfacción.....	110
5.2.1. Validez y fiabilidad del cuestionario diseñado. Resultados obtenidos sobre los factores de satisfacción.....	110
5.2.2. Grado de satisfacción del usuario	117
5.3. La calidad de vida relacionada con la salud	128
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	135
7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	137

8. CONCLUSIONES	139
9. BIBLIOGRAFÍA	142
10. ANEXOS.....	152

INDICE DE FIGURAS

Figura	1	Aspectos en los que han impactado negativamente la última reforma sanitaria. Fuente : Barómetro EsCrónicos (2014)	16
Figura	2	Valoración media del funcionamiento del SNS en los últimos 12 meses. Fuente : Barómetro EsCrónicos (2014)	17
Figura	3	Cargas factoriales de las dimensiones del cuestionario SF-36 sobre las medidas “Sumario Físico y Mental”.	47
Figura	4	Distribución de la muestra por hospitales en función del “Sexo”	50
Figura	5	Proporción del servicio de remisión del total de usuarios incluidos en la muestra.	53
Figura	6	Proporción de usuarios que recibe informe de alta en la Unidad de Fisioterapia tras finalizar el tratamiento.	54
Figura	7	Proporción de usuarios que son derivados a la Unidad de Fisioterapia con propuesta de tratamiento.	55
Figura	8	Proporción de usuarios que reciben recomendaciones por parte de los fisioterapeutas de la Unidad.	56
Figura	9	Proporción de usuarios según la variable “Sexo” en función de la “Actividad Laboral”.	57
Figura	10	Proporción de usuarios según la variable “Nivel de Estudios” en función de la “Actividad Laboral”.	58
Figura	11	Proporción de usuarios según la variable “Sexo” en función del “Estado Civil”.	59
Figura	12	Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Nivel de Estudios” .	60
Figura	13	Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Actividad Laboral”.	61
Figura	14	Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Emisión de Informe de alta” por la Unidad de Fisioterapia.	62
Figura	15	Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Tratamiento de Fisioterapia propuesto”.	63
Figura	16	Relación entre la variable “Nivel de Estudios” y los factores “Satisfacción General” y “Satisfacción con el Servicio”.	64

Figura 17	Relación entre la variable “Tratamiento de Fisioterapia propuesto” y el factor “Satisfacción con el Servicio”.	65
Figura 18	Relación de los factores “Satisfacción General”, “Satisfacción del Servicio”, “Satisfacción relación fisioterapeuta-usuario” y “Satisfacción en relación a otras Unidades” en función del hospital de pertenencia.	66
Figura 19	Satisfacción del usuario. Factores resultantes.	80
Figura 20	Comparación del ítem 10 del cuestionario SF-12 en función del “Nivel de Estudios”.	92
Figura 21	Comparación del ítem 10 “Sexo”	93
Figura 22	Comparación del ítem 1 “Actividad Laboral”.	94
Figura 23	Comparación del ítem 5 “Sexo”.	95
Figura 24	Comparación del ítem 8 “Sexo”.	96
Figura 25	Comparación del ítem 8 “Nivel de Estudios”.	97
Figura 26	Comparación del ítem 8 “Hospital de procedencia”.	98
Figura 27	Comparación del ítem 9 “Hospital de procedencia”.	99
Figura 28	Comparación del ítem 10 “Hospital de procedencia”.	100
Figura 29	Comparación del ítem 10 “Nivel de Estudios”.	101
Figura 30	Comparación del ítem 10 “Hospital de procedencia”.	102
Figura 31	Comparación del ítem 11 “Hospital de procedencia”.	103
Figura 32	Comparación del ítem 12 “Hospital de procedencia”.	104

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Cuestionarios para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.	43
Tabla 2	Variables antropométricas y de contextualización de la muestra.	52
Tabla 3	Respuesta a la pregunta ¿Qué modificaría en su opinión sobre la Unidad de Fisioterapia?	67
Tabla 4	Distribución de las propuestas de modificación por hospitales.	69
Tabla 5	Respuesta a la pregunta ¿Qué aspecto le parece más positivo de la Unidad de Fisioterapia?	70
Tabla 6	Distribución de los aspectos más destacados de la Unidad de Fisioterapia.	72
Tabla 7	KMO y Prueba de Bartlett.	74
Tabla 8	Varianza total explicada.	75
Tabla 9	Matriz de componentes rotados.	77
Tabla 10	Frecuencia y porcentaje hallado en los ítems del Cuestionario Diseñado.	81
Tabla 11	Tasa de respuesta a la pregunta nº 1 del cuestionario SF-12.	84
Tabla 12	“ “ “ nº 2 “ “	85
Tabla 13	“ “ “ nº 3 “ “	85
Tabla 14	“ “ “ nº 4 “ “	86

Tabla 15	Tasa de respuesta a la pregunta nº 5 del cuestionario SF-12	86
Tabla 16	“ “ “ nº 6 “ “	86
Tabla 17	“ “ “ nº 7 “ “	87
Tabla 18	“ “ “ nº 8 “ “	87
Tabla 19	“ “ “ nº 9 “ “	88
Tabla 20	“ “ “ nº 10 “ “	88
Tabla 21	“ “ “ nº 11 “ “	89
Tabla 22	“ “ “ nº 12 “ “	89
Tabla 23	Evolución de las respuestas (Empeora, Igual, Mejora) tras el tratamiento de Fisioterapia.	91

1 INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO. ANTECEDENTES

El modelo ético que siempre ha sustentado la relación profesional sanitario-paciente ha sido el paternalismo médico. Este modelo, ha persistido a lo largo de los siglos, consistiendo su objetivo fundamental en “restablecer la salud” del paciente al que atendía, adoptando éste una actitud pasiva, de sumisión, en donde no se aceptaban protestas, quedando el paciente en un lugar de obediencia al profesional. (Pantoja Zarza, 2004)⁷⁶

Sin embargo, en la actualidad, debido a diversas acciones llevadas a cabo en el siglo pasado, se originó un cambio radical, pasando del paternalismo médico a un sistema basado en la autonomía del paciente, consistiendo éste en el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones una vez informado previamente en el marco de su proceso de salud-enfermedad.

En este sentido, la entrada en vigor de la Ley 41/2002, Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos en materia de Información y Documentación Clínica, supuso el eliminar el ancestral paternalismo, donde todo se hacía por el paciente y para el paciente, pero sin el paciente y así dar paso al reconocimiento de los derechos de los mismos.

Desde su entrada en vigor, ha habido tiempo suficiente para que los diferentes profesionales sanitarios hayan comprendido la necesidad, obligación y utilidad de respetar los derechos de los pacientes y asumir como suyo los fundamentos que establece la citada ley.

A pesar de ello, la obligación a informar no ocurre por igual en todas las disciplinas sanitarias. Entre ellas destacan por su popularidad la información en actos

relacionados con la cirugía (Collazo, 2002)¹⁸, no obstante, no ocurre lo mismo en otras disciplinas médicas o en otras profesiones sanitarias como la Fisioterapia. Este hecho puede ser consecuencia del desconocimiento que aún existe entre algunos profesionales sanitarios sobre el ordenamiento jurídico que debe regir la relación profesional de la salud-paciente. (Martínez Mateo, Ibáñez Romaguera y Fontanet Baqué 2008)⁶¹.

Es de sobra conocida la escasa información terapéutica que tradicionalmente ha sido suministrada al paciente por parte del profesional sanitario, existiendo estudios recientes en diferentes áreas de las ciencias de la Salud que demuestran la importancia de la misma como factor influyente en la calidad de la atención sanitaria (Mira, y otros 2010)⁶⁹. Si nos centramos exclusivamente en el campo de la Fisioterapia, existen estudios que obtienen efectos beneficiosos similares entre aquellos que reciben una sesión informativa y aquellos que reciben un tratamiento estandarizado de fisioterapia sin una información adecuada (Tippett, 2008)⁹⁶ (Frost, y otros 2004)²⁹. Por tanto, una información precisa sobre el servicio de fisioterapia en todas las etapas del tratamiento, logrará que el usuario tenga unas expectativas en consonancia con la realidad, favoreciendo la satisfacción general (Hills & Kitchen, 2007)³⁸.

Así, la información terapéutica podría definirse como el “derecho-deber que se satisface continuamente a lo largo de todo el proceso terapéutico, teniendo por finalidad garantizar el éxito del tratamiento, proporcionando al paciente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento y de otro lado, permite al profesional sanitario ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de éste y justificar sus consejos y decisiones sobre el mismo” (Collazo, 2002)¹⁸.

En los últimos años, la investigación ha mostrado la importancia que ocupa la necesidad de informar en este nuevo modelo de atención que se aleja del paternalismo anteriormente descrito, siendo un factor determinante en la confianza hacia el profesional sanitario y en la satisfacción con la que percibe el usuario la calidad de la atención sanitaria recibida, siendo los aspectos asistenciales relativos a las actitudes y comportamiento del profesional más determinantes que los aspectos relacionados con el ambiente organizacional (Jimeno Serrano y otros, 2012)⁴⁹.

Teniendo en cuenta la facilidad con la que los pacientes olvidan la información comentada en consulta, la mejora de la atención se consigue si la información suministrada se realiza tanto verbal como por escrito. En este sentido, debemos mencionar el reciente estudio de Smith y otros, (2011)⁸⁹, en donde se observó mayor efectividad al proporcionar información escrita como complemento a la oral antes de una intervención quirúrgica, manifestando mayor satisfacción en la información suministrada. Respecto a los instrumentos validados que permiten evaluar la calidad de la información escrita dirigido a pacientes en ciencias de la salud, debemos decir la necesidad que existe en desarrollar nuevas herramientas válidas y fiables (Luk y Aslani, 2011)⁵⁹.

En el área de Fisioterapia, la entrega a pacientes de documentación por escrito es bastante frecuente. En el ámbito de la Atención Primaria (AP), la prescripción de ejercicios o recomendaciones a llevar a cabo en el domicilio o durante la actividad laboral del sujeto permite una mayor comprensión de la enfermedad o patología que sufre el paciente. (Coudeyre y otros, 2006)¹⁹ compararon la efectividad de un folleto informativo escrito frente a una información estandarizada verbal en una muestra de 142 pacientes dividida de manera aleatoria, con diagnóstico de lumbalgia subaguda y crónica que realizó tratamiento fisioterápico. Tras la finalización del tratamiento, los

pacientes que recibieron la información mediante el folleto escrito, obtuvieron una mejora significativamente mayor, disminuyendo el grado de discapacidad y mejorando el grado de conocimiento tres meses después de la intervención.

Otro aspecto importante es la adherencia al tratamiento fisioterápico en AP. También hay estudios que muestran cómo una información verbal pero reforzada con información escrita e ilustrada mejora la adherencia en pacientes con lumbalgia aguda de manera significativa frente aquellos pacientes que tan sólo reciben la información de forma oral. (Schneiders, Zusman y Singer, 1998)⁸⁶.

A pesar de los resultados anteriormente mostrados, es conveniente indicar que éstos dependen muy mucho de la patología a tratar y del modo de información suministrado, ya que también existen otros estudios, como el desarrollado por Kongsted y otros,⁵³ en el año 2008 en pacientes diagnosticados de síndrome de latigazo cervical, en donde no se mostró diferencia alguna respecto al dolor y la discapacidad entre aquellos que recibieron información verbal en forma de charla educativa y aquellos que recibieron un folleto con información escrita.

Por último, si nos referimos a otras patologías, debemos mencionar el estudio realizado por Windsor y otros, (2009)¹⁰² en 205 pacientes tratados con radioterapia y/o quimioterapia, en donde tras facilitar información escrita sobre el ejercicio terapéutico recomendado y nociones sobre el control de la fatiga, se obtuvo una alta adherencia al programa terapéutico, calificando la información escrita de excelente.

En definitiva, la información suministrada y la educación para la salud son aspectos esenciales que se correlacionan con la confianza mostrada al profesional y con la satisfacción en la disciplina de fisioterapia (Knight, Cheng y Lee, 2010)⁵² (Bath y Janzen, 2012)⁷ (Ludvigsson y Enthoven, 2012)⁵⁸ y en otras disciplinas sanitarias

(Ommen y otros, 2010)⁷² (Dierssen-Sotos y otros, 2009)²². Dentro de las posibles situaciones problemáticas que pudieran surgir en la pérdida de confianza por la falta de información, se encontrarían la falta de apoyo emocional, las interrupciones durante la prestación de servicios, la duración de la atención o la falta de sensibilidad a los cambios que pueden ocasionarse en el paciente, todos ellos directamente relacionados con la información terapéutica.

No sólo la confianza mostrada hacia el profesional sanitario se relaciona con las actitudes del mismo, sino también con la mejoría respecto a su capacidad funcional o con determinadas características sociodemográficas. Jimeno Serrano y otros, (2012)⁴⁹ mostraron que tener confianza completa es menos probable cuando los pacientes experimentan nula mejoría en su estado funcional. Respecto a las características sociodemográficas, tan sólo encontramos el estudio realizado por Hall y otros, (2001)³⁵ que observa una asociación entre la confianza y la edad, argumentándose esta relación por el mayor contacto de los usuarios de mayor edad con los profesionales sanitarios, no existiendo ningún estudio más de disciplinas médicas o fisioterápicas que coincidan en este aspecto.

Todo ello ha motivado que en la actualidad no sólo se valore la calidad de la asistencia sanitaria mediante la medición objetiva de recursos materiales y competencias científico-técnicas de los profesionales sanitarios, sino que también se encuentren muy presentes otras variables relacionadas con la relación del profesional sanitario-paciente, siendo considerada en este caso la información sobre la percepción de los pacientes (confianza y satisfacción), un factor para la evaluación de la calidad en la atención asistencial sanitaria por numerosos colectivos sanitarios.

Asimismo, las limitaciones que presentan las historias clínicas (Buitrago y otros, 1991)¹³ conllevaron a la necesidad de elaborar instrumentos que midieran tanto los aspectos técnicos, antes comentados, como las percepciones de los pacientes. Como consecuencia de ello, surgieron las encuestas de satisfacción.

A pesar de utilizarse en diversos estudios (Rees, 1988)⁸¹ (Sitzia y Wood, 1997)⁸⁸, la fiabilidad de las mismas se encuentra en entredicho debido a la dificultad que existe en aislar el componente afectivo que incluye la satisfacción de aspectos más técnicos (Epstein y otros, 1996)²⁴. Además, las numerosas dimensiones que componen la satisfacción del usuario dificulta la medición de la calidad del proceso de atención sanitaria que recibe el usuario, ya que, las experiencias que indica el usuario se recogen de manera unidimensional, constituyendo su percepción y no necesariamente lo que realmente ocurrió.

Ante esto, y a pesar de que se han considerado las encuestas, tipo informe de usuario, como el instrumento más objetivo y fiable para la medición de la percepción de calidad asistencial recibida por el paciente en su proceso de salud-enfermedad, las encuestas de satisfacción son las más empleadas en el ámbito de la fisioterapia, siendo uno de los objetivos principales de este estudio validar un cuestionario sobre satisfacción del usuario que precisa tratamiento fisioterapéutico en las Unidades de Fisioterapia en el ámbito hospitalario y la calidad de vida de los mismos antes y después de su asistencia a dichas Unidades, pudiendo obtener una herramienta válida y fiable que nos permita conocer el grado de satisfacción.

1.2 CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Para que el instrumento de medición recoja de manera correcta las distintas dimensiones de las que consta el concepto de calidad en la atención sanitaria, primero debemos distinguir los dos niveles de los que consta el concepto de calidad. Uno de ellos, el concepto más general, hace referencia a cualquier servicio o producto. Así, todas las definiciones hacen referencia a la idoneidad o aptitud para el uso, siendo el sujeto el que ha de juzgar el producto o servicio en función de unas necesidades y expectativas, determinando éstas si lo que el sujeto recibe es de calidad o no. Por ello, según (Saturno P.J., E. Imperatori y Corbella, 1990)⁸⁵, el que ofrece el servicio debe tener en cuenta las necesidades y expectativas del receptor del mismo. Por ello, es necesario informar de manera explícita del tipo de servicio o producto a aplicar; influyendo esta información en las necesidades y expectativas de quién lo recibe.

El segundo nivel, haría referencia a la calidad en la atención sanitaria, siendo de manera específica aquella que atiende las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios a nivel de servicio sanitario.

Respecto a las clasificaciones más empleadas en la definición de las dimensiones de la calidad de la atención sanitaria, debemos mencionar la diseñada por el Institute of Medicine, (2001)⁶⁴. Esta clasificación incluye seis dimensiones, siendo éstas : la seguridad, la efectividad, el servicio centrado al paciente, la oportunidad, la eficiencia y la equidad, todas ellas referidas a la atención sanitaria individual.

La seguridad haría referencia a la ausencia de lesiones a causa de la atención prestada. La efectividad es considerada como la practica asistencial y la mejora en el estado de salud, salud, aumentando la satisfacción individual. El servicio centrado en el paciente hace referencia a que la atención sea respetuosa, asegurando que los valores del

paciente guían en todo momento las decisiones clínicas. La eficiencia se basa en evitar el desperdicio de equipamiento, ideas y energía, definiéndose en términos entre coste y producto. Por último, la equidad hace referencia a que la calidad del servicio prestado no varía en función de las características personales, de género o del perfil socioeconómico del usuario.

A pesar de las diferencias entre las distintas dimensiones de calidad sanitaria anteriormente mencionadas, debemos resaltar que la mayoría de autores buscan una evaluación de la calidad sanitaria lo más práctica posible, prescindiendo de alguna de ellas por estar englobadas en otras más completas. Por ejemplo, la integración de las dimensiones de eficiencia y efectividad dentro del término de calidad científico técnica que proponen otros autores (Saturno P.J., E. Imperatori y A. Corbella 1990)⁸⁵ (Meseguer Henajeros, 2007)⁶⁷.

1.3 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

A pesar del interés suscitado en el ámbito sanitario por analizar las percepciones de los usuarios, aún son de escasa consistencia tanto los informes de usuarios desarrollados en atención primaria (Aker y otros, 1996)¹ como hospitalaria (Bigné y Andreu, 2002)¹¹, en el ámbito médico, como en el puramente fisioterápico (Medina I Mirapeix y otros, 2005)⁶⁵ (Jimeno Serrano y otros, 2012)⁴⁹.

Uno de los motivos principales puede deberse a la compleja multidimensionalidad que engloba tanto al concepto de confianza y satisfacción como al de calidad en la atención anteriormente desarrollado, dificultando que la medida sea válida y fiable. Del mismo modo, la cantidad de características personales del usuario

(dolor o estado de salud), el número de sesiones recibidas o la duración de las mismas también pueden influir en la respuesta percibida.

En este sentido, también cabría destacar la falta de criterio en la denominación del término más adecuado, pues en algunos trabajos se emplea casi de manera indistinta los conceptos de “satisfacción” y “confianza” en profesionales de la fisioterapia. Entendiéndose la satisfacción como un concepto que se relaciona con acciones pasadas, empleado en la valoración de una experiencia ya vivida. Por otro lado, la confianza tiende a relacionarse con acciones futuras, presentando una vinculación más emocional fruto de una relación más duradera (Osuna Pérez, 2012)⁷⁴. A pesar de ser conceptos que difieren, tradicionalmente se han encontrado claramente relacionados, es decir, cuanta mayor confianza en el profesional sanitario, mayor es la satisfacción de la atención recibida (Jimeno-Serrano, 2012)⁴⁹ (Hall y otros, 2001)³⁵ (Pearson y Raeke, 2000)⁷⁷ (Thom y otros, 2002)⁹⁵. Si bien, en la actualidad, aunque no existan investigaciones basadas en la evidencia, hay autores que han sugerido que la satisfacción podría ser previa a la confianza, explicando que un usuario pudiera estar satisfecho de cómo va su proceso sin haber establecido aún una relación de confianza con el profesional que le atiende.

Por otro lado, la diversidad de centros asistenciales y de profesionales de la salud que participan en el procedimiento diagnóstico y terapéutico de un usuario, contamina la recogida de datos objetivos por parte del mismo.

Tras lo expuesto, parece lo suficientemente justificada la afirmación sobre la dificultad de que en la actualidad supone extraer conclusiones concretas de los pacientes en cuanto a la satisfacción y el grado de confianza en los profesionales de la salud ya

que, no siempre se establece de manera clara el grado de relación entre variables y no siempre se emplean los instrumentos de medición más adecuados.

Además el presente estudio se engloba en la línea de investigación “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud” lo que implica un cambio de filosofía en la autonomía asistencial y docente de los fisioterapeutas.

Como señala Sztompka (1993)⁹³, cuando hace referencia a las variaciones de las evasiones institucionalizadas, este autor apunta tres variaciones específicas:

En primer lugar, la “Erosión de la norma”, esto es, cuando las normas son muy antiguas y tradicionales, pero no coherentes con la realidad del presente. Como sucede en la jerarquización persistente en el Sistema Público de Salud a la que está sometida la Fisioterapia.

En segundo lugar, la “Resistencia a la norma”, es decir, cuando la norma no es antigua, sino actual, pero impuesta desde arriba, y pueda que, o bien se aleje de las normas antiguas, o que coincida con ellas pero que parezca que hubo cambios pero en esencia son iguales. En este caso se puede aplicar a lo sucedido en el ámbito de la Fisioterapia, aparentemente con fines economicistas, en las Unidades de Gestión Clínica, donde no caben cambios significativos.

Finalmente, la “Sustitución de la norma”, cuando la norma se mantiene, pero las nuevas conductas generalizadas dan la legitimidad paulatinamente.

Estas son las referencias que se pueden observar en la Fisioterapia actual en el ámbito hospitalario, estando los usuarios en una situación privilegiada para opinar de actuaciones e infraestructuras.

1.5 LA FISIOTERAPIA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La coyuntura económica actual y el agotamiento evidente del Sistema Sanitario Público, hace necesario crear un nuevo modelo de gestión basado en la sostenibilidad.

La sostenibilidad pasa por la implicación en materia de salud pública, aumentando la inversión en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Teniendo en cuenta el actual envejecimiento activo de la población, la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas de carácter degenerativo, así como, el enorme gasto sanitario en recursos humanos, materiales y farmacológicos, se antoja prioritario llevar a cabo políticas centradas en el establecimiento de un conjunto de objetivos y recomendaciones que permitan orientar los servicios hacia la mejora integral de la salud de la población y sus determinantes. Tal situación justifica con creces la creación de nuevos modelos de atención. Esta realidad ha permitido la creación de nuevas directrices refrendadas en la estrategia para el abordaje de la cronicidad (Rodríguez Lozano, 2013)⁸² o la estrategia de enfermedades musculoesqueléticas y reumáticas (Sánchez-Llanos, Espejo Antúnez y Jimeno Merino, 2013)⁸⁴. Dentro de las áreas fundamentales que se pretende potenciar con estas estrategias es la promoción de la salud y la prevención de los condicionantes de salud. Para ello, la participación de los fisioterapeutas en los programas de formación para los autocuidados y la prevención del deterioro funcional, así como, el acceso de los fisioterapeutas de Atención Primaria a los programas de prevención y atención domiciliaria para la formación de pacientes y personas cuidadoras debe ser fundamental para la prevención del deterioro sobre la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso, mejorando su calidad de vida.

Para ello, el ámbito asistencial de la Atención Primaria, constituye el eje central de la atención al paciente, si bien, en la actualidad, la fragmentación entre los distintos niveles o ámbitos asistenciales de los servicios sanitarios y la mejorable coordinación entre éstos y los servicios sociales, dificulta la óptima atención a las personas con limitaciones en la actividad funcional de carácter crónico.

Ante tal situación, la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, tiene por objeto reforzar la atención comunitaria y potenciar la participación de la comunidad. El posible papel del fisioterapeuta en este contexto consideramos que merece cierto protagonismo. Sin embargo, y a pesar de las competencias adquiridas por los fisioterapeutas en sus títulos oficiales de diplomado y/o graduado, brindándole un impulso merecido en aspectos jurídicos, sociales, académicos y profesionales, continúan no siendo extrapolables a la labor que desarrollan en los servicios públicos de salud, originando grandes desigualdades reguladoras que en la actualidad carecen de sentido.

Los objetivos prioritarios se sustentan en la racionalización de la gestión para garantizar los principios básicos del Sistema Nacional de Salud (SNS), como son la calidad, seguridad, eficiencia, igualdad y cohesión social. Para ello, se considera prioritario revisar el marco jurídico existente (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, Ley de integración Social de las Personas con Discapacidad-LISMI, Real Decreto de 15 de Septiembre de 2006 por el que se aprueba la Cartera de Servicios del SNS), ya que, existen contradicciones en más de las 600 disposiciones autonómicas que existen al respecto.

Además, la reciente modificación de las titulaciones universitarias, la ley 44/2003 de 26 de Noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, la orden CIN 2135/2008 de 3 de Julio donde en su apartado 3 se describen las competencias que los

estudiantes de fisioterapia adquieren tras superar sus estudios o el decreto 1001/2002 de 27 de septiembre de los Estatutos del Consejo General del Colegio de Fisioterapeutas de España (CGCFE) son algunos ejemplos que ponen de manifiesto el reconocimiento de la evolución competencial. Este hecho junto a la presencia cada vez más evidente en las instituciones del colectivo fisioterapeuta como la actual participación en el Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad e Igualdad Social, o la participación en las estrategias de abordaje de la cronicidad aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el reciente 27 de Junio de 2012 vislumbran un futuro próximo cuanto menos esperanzador.

El contexto actual de la fisioterapia se encuadra en un avance continuo, basado en una investigación de rigor científico creciente y en una calidad contrastada de los tratamientos fisioterápicos aplicados. Es curioso observar cómo en la práctica privada, el profesional de la fisioterapia es un profesional de la salud al que su acceso es directo, mientras en el sistema público de salud, su acceso recae en el especialista, retrasando en numerosas ocasiones sin causa justificada el tratamiento que precisa el usuario, aumentando los costes directos y por ende la insatisfacción del usuario con la calidad de la atención recibida. Por ello es uno de los objetivos que contemplamos en el presente estudio en el ámbito hospitalario.

La sobrecarga actual del sistema sanitario por patologías osteomusculares crónicas y otras susceptibles de tratamiento de fisioterapia, los altísimos costes directos destinados al manejo sintomático de estas afecciones, la necesidad de políticas sostenibles antes comentadas y la infrautilización de estos profesionales en el sistema público de Salud observada por la falta de interés en actualizar la cartera básica de servicios a los requerimientos actuales ha conllevado a plantearse por los propios profesionales de la fisioterapia la necesidad de elaborar una serie de elementos

constitutivos para una adecuada organización del servicio de fisioterapia, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Especializada (AE).

En este intento por posicionar a la figura del fisioterapeuta en un lugar digno dentro de la ordenación de las profesiones sanitarias, fueron publicados en los últimos años diversos estudios científicos (Medina I Mirapeix y otros, 2005)⁶⁵ (Jimeno Serrano y otros, 2012)⁴⁹. Así como tesis doctorales (Meseguer Henajeros, 2007)⁶⁷ (Osuna Pérez, 2012)⁷⁴, evidenciando una alta satisfacción y confianza otorgada por el usuario tras recibir atención fisioterápica en diversas unidades del sistema público de salud. Esto se podría traducir en una percepción positiva respecto a la calidad de la atención prestada, estando probablemente relacionada con una mejora del estado funcional y por ende con una idoneidad del profesional que le atendió. Si bien es cierto, tanto la heterogeneidad de los objetivos planteados en los diversos estudios, yendo desde la valoración de posibles factores determinantes en la calidad percibida por parte del usuario (Medina I Mirapeix y otros, 2005)⁶⁵, pasando por los factores influyentes en la confianza y satisfacción (Jimeno Serrano y otros, 2012)⁴⁹, hasta los que valoran el informe de usuario como instrumento para evaluar la calidad percibida y científico-técnica en fisioterapia (Meseguer Henajeros, 2007)⁶⁷ o aquellos cuyo objetivo es elaborar un instrumento que mida a la vez la cantidad y calidad de información terapéutica proporcionada a los usuarios y las que ellos perciben como variables influyentes en la satisfacción y confianza en el fisioterapeuta, como la falta de estudios que presenten una herramienta de medición válida y fiable que nos permita conocer cuáles son los aspectos más influyentes en la satisfacción de los usuarios de fisioterapia en atención primaria/especializada conlleva a que su abordaje sea una prioridad.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio por el Departamento de Ciencia Política y RR.II de la Universidad Autónoma de Madrid con el objetivo de medir la

percepción de la calidad de la atención sanitaria recibida por los pacientes crónicos españoles en los últimos 12 meses. Los datos de este primer barómetro indican que para el 45% de los pacientes encuestados, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha empeorado en el último año, señalando la rapidez en la atención (72,6%), el acceso gratuito (62,3%) y la atención por parte de especialistas (60,75%) como aspectos prioritarios para proceder a la reforma del sistema sanitario español. Este mismo estudio, de gran impacto social también revela la opinión de los pacientes en relación a las recientes reformas sanitarias. Indican que éstas reformas han perjudicado en dos aspectos concretos del SNS, por un lado el acceso gratuito, siendo indicado por un 42% de la muestra reclutada de todo el país, y por otro lado el perjuicio en cuanto al acceso al tratamiento más innovador y con menores efectos secundarios, con un 39% del total de la muestra. En este sentido, el acceso a tratamientos de rehabilitación (entre los que figura el tratamiento de Fisioterapia) aparece como uno de los aspectos que más negativamente ha impactado tras la última reforma, como refleja la **Figura 1**.



Figura 1: Aspectos en los que ha impactado negativamente la última reforma sanitaria. Fuente: Barómetro EsCrónicos (2014).

Los resultados generales indican que la calificación media en relación a la satisfacción con el funcionamiento y calidad asistencial del SNS es de 4,9 sobre una puntuación total de 10 puntos (**Figura 2**). En cuanto a la situación entre Comunidades Autónomas (CC.AA), los pacientes crónicos de Valencia y Andalucía han mostrado ser los más críticos respecto a la calidad de la atención recibida en los últimos 12 meses, mientras los pacientes de Navarra, La Rioja, Aragón, Cantabria, Cataluña, País Vasco, Asturias y Madrid puntúan por encima de 5 puntos, diferentes aspectos y variables relacionadas con el funcionamiento del SNS.

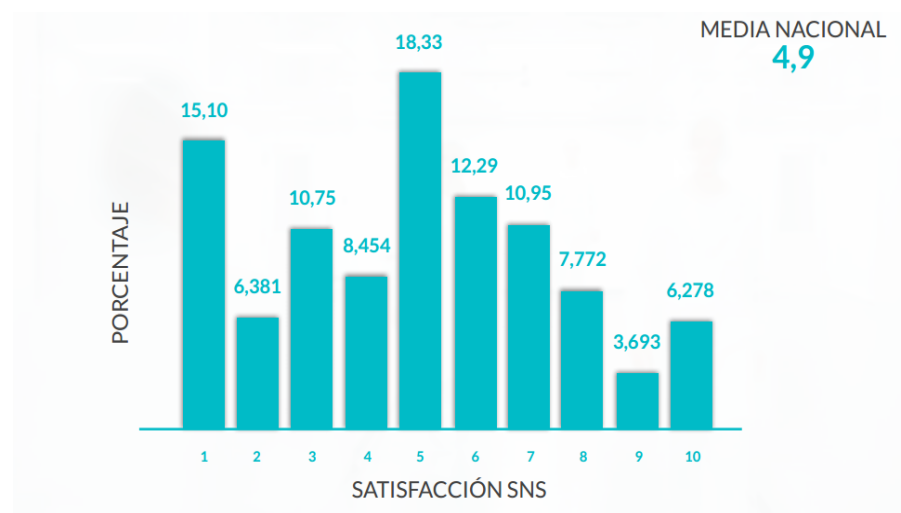


Figura 2: Valoración media del funcionamiento del SNS en los últimos 12 meses. Fuente: Barómetro EsCrónicos (2014).

En cuanto a la valoración media global por CCAA en los últimos 12 meses, Andalucía, Extremadura, Navarra, La Rioja, Aragón, Cantabria, Cataluña, País Vasco, Asturias y Madrid son las mejor valoradas, en contraposición a Islas Baleares, Galicia, Valencia, Castilla-León y Castilla-La Mancha, que aparecen como las peor valoradas. Este mismo estudio también recoge la percepción global de los pacientes sobre el SNS. Los resultados indican que el 68,8% de los encuestados afirman que el sistema

funciona, bien con cambios o con cambios fundamentales, reflejándose tan sólo con un 17,8% los que consideran que funciona muy bien.

Teniendo en cuenta el interés actual por conocer la percepción del usuario respecto a la calidad de la atención sanitaria, así como, el importante momento que vive la fisioterapia como profesión en nuestro país y siendo necesario llevar a cabo una fisioterapia centrada en el ciudadano, el presente estudio tiene como objetivos principales el diseño de una encuesta de satisfacción que demuestre buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, así como, conocer la percepción del grado de satisfacción del usuario con la atención recibida y la influencia de determinados aspectos organizativos y asistenciales. Del mismo modo, conocer la influencia del tratamiento de fisioterapia realizado por los profesionales de la fisioterapia de los hospitales públicos de Sevilla sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios que lo reciben.

2 OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Este estudio plantea tres objetivos generales:

1. Diseñar y validar un instrumento de medida (cuestionario) sobre el grado de satisfacción del usuario de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla con el servicio prestado.
2. Indagar en el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a las Unidades de Fisioterapia de diferentes Hospitales Públicos de Sevilla.
3. Conocer los efectos producidos respecto a la calidad de vida relacionada con la salud tras la atención fisioterápica recibida por los usuarios derivados a las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla.

De estos objetivos generales, se concretan los siguientes objetivos más específicos que facilitarán la comprensión de forma clara y precisa del presente trabajo fin de máster y que se citan a continuación:

1. Analizar las características sociodemográficas de la muestra objeto de estudio y la relación entre variables.
2. Describir los servicios habituales de derivación a las Unidades de Fisioterapia.
3. Conocer la duración de la lista de espera para los usuarios que precisan de tratamiento fisioterápico de los Hospitales Públicos de Sevilla.
4. Analizar los aspectos más destacados por los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los hospitales Públicos de Sevilla, tanto para mejorar la asistencia como los más positivos.
5. Explorar los aspectos relacionados con el tipo de información proporcionada por el profesional como informes de fisioterapia o recomendaciones a llevar a cabo

3 MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y de carácter correlacional, multicéntrico de los tres hospitales públicos de la ciudad de Sevilla, correspondientes al Servicio Andaluz de Salud. (SAS)

- Hospital Universitario “Virgen de Valme”
- Hospital Universitario “Virgen Macarena”
- Hospital Universitario “Virgen del Rocío”

Para realizar el presente trabajo, planteamos la creación, validación y aplicación de un cuestionario de autoposicionamiento que se proporcionó a los usuarios de las tres unidades de fisioterapia de los hospitales antes mencionados. Una vez fueron informados de forma oral y escrita, lo contestaron de forma voluntaria.

El diseño y elaboración del instrumento de medida, se llevó a cabo mediante varias fases. La primera fase, consistió en la conceptualización del cuestionario de satisfacción. Esta fase se justifica ante la falta de instrumentos de medida que permiten valorar la información recibida del usuario y como consecuencia de ello su satisfacción con el tratamiento de fisioterapia recibido.

Para la elaboración del cuestionario de satisfacción se realizó una revisión en las principales bases de datos biomédicos (PubMed, Scopus, Cinahl, PEDro) sobre los estudios cualitativos que han analizado el fenómeno de la satisfacción del usuario con la calidad de la atención sanitaria prestada en diferentes disciplinas biomédicas; así como,

de aquellos estudios cuyo principal objetivo es la valoración de instrumentos de medida relacionados con la calidad asistencial y la satisfacción del usuario.

Del mismo modo, se llevó a cabo una búsqueda de la normativa legal vigente referente al marco legal que regula el derecho a la información sanitaria en nuestro país.

La segunda fase consistente en el diseño del cuestionario de satisfacción se realizó tras analizar la información disponible y siguiendo el modelo de clasificación de los instrumentos que miden la satisfacción de (Hudack y Wright, 2000)⁴², estableciéndose los siguientes criterios a tener en cuenta:

- Que las preguntas fueran de carácter multidisciplinar, que contengan aspectos específicos de la satisfacción y que a la vez también refleje alguna cuestión global.
- Que la pregunta centre la atención en la satisfacción de la atención proporcionada, no solo en la satisfacción del resultado logrado.
- Que el enunciado no contenga cuestiones particulares sobre alguna patología en concreto, sino que sea genérica a cualquier usuario.
- Que el cuestionario contenga preguntas que permitan que sea autocumplimentado tanto por el usuario como por el entrevistador y/o evaluador.
- Por último, que la pregunta se responda con hechos concretos más que con percepciones, debiendo ser la respuesta adecuada al tipo de pregunta.

También se adaptó contextual y metodológicamente el cuestionario creado y empleado por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA-CSIC) y las observaciones del estudio de García, Biedma y Serrana (2009)³⁰.

Finalmente, el cuestionario de satisfacción quedó compuesto por 20 preguntas cerradas, de opción simple, con una alternativa de respuesta tipo escala Likert que van desde: 1 o Muy insatisfecho; 2 o Insatisfecho; 3 o Ni insatisfecho ni satisfecho; 4 o Satisfecho y 5 o Muy satisfecho.

Este cuestionario incluye ítems relacionados con la confianza al profesional, la información proporcionada por parte del mismo; así como, cuestiones relacionadas con la organización de las Unidades de Fisioterapia.

Una vez realizada la conceptualización y el diseño del cuestionario de satisfacción, se llevó a cabo un nuevo análisis con la finalidad de subsanar posibles errores en cuanto a la forma de expresión de las preguntas y revisar que la exposición y orden de las mismas siguiese un orden lógico.

Posteriormente se realizó la tercera fase de validación preliminar mediante la selección de expertos que acreditaron una alta experiencia como fisioterapeutas (más de diez años). A éstos se les entregó una plantilla donde tenían que anotar la comprensión de los enunciados de cada pregunta del cuestionario, ofreciendo la posibilidad de incluir nuevos ítems basándose en cuestionarios de satisfacción en la disciplina de Fisioterapia ya validados.

Con todo ello se elaboró una versión mejorada del cuestionario, que posteriormente fue analizada estadísticamente en términos de validez y fiabilidad. Este cuestionario ya validado fue utilizado como pilotaje para el trabajo fin de master oficial “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud”.

Finalmente, se realizó la cuarta fase consistente en una nueva validación en tres hospitales en un estudio multicéntrico. Esta validación del cuestionario de autopercepción sobre el grado de satisfacción de los sujetos experimentales se

realiza como control metodológico para garantizar la calidad de las medidas obtenidas. Esta faceta de estudio tiene un diseño de carácter correlacionar, con el fin de validar y conocer la satisfacción de los sujetos muestrales con la asistencia recibida

Por otro lado, se empleó el cuestionario SF-12 versión 1, con el objeto de conocer la calidad de vida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla. El cuestionario SF-12 es un cuestionario derivado del SF-36, en el que existen 12 preguntas a cerca de la opinión que el usuario tiene sobre su salud; así como, de su capacitación para realizar actividades cotidianas. Permite calcular las puntuaciones del sumario físico y mental.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTREO

Los sujetos del presente estudio fueron reclutados por azar sistemático entre los pacientes mayores de edad, de ambos sexos y usuarios que recibían tratamiento fisioterapéutico en las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla, que previa información oral y escrita, además de reunir los criterios de inclusión y que firmaron el Consentimiento Informado y que pasamos a describir.

Cronológicamente, comenzamos en la Unidad de Fisioterapia del Hospital Universitario Virgen de Valme, donde se convocó, con una semana de antelación, a los 10 fisioterapeutas componentes de dicha unidad, mediante una carta expuesta en el tablón de anuncios de la sala de estar para asistir a una charla/captación en la que se invitaba a la colaboración en el estudio presente. Convocatoria a la que asistieron 7 fisioterapeutas, de los que se adhirieron al proyecto 6 fisioterapeutas. A cada uno de los seis fisioterapeutas se les entregaron 20 cuestionarios para distribuir entre sus pacientes/usuarios elegidos por azar sistemático.

Posteriormente en la Unidad de Fisioterapia del Hospital Universitario Virgen Macarena, se procedió igualmente, convocando con una semana de antelación a los 18 fisioterapeutas de la unidad, mediante carta en el tablón de la sala de estar, en la que se indicaba la fecha de la charla/captación donde reclutarían colaboradores para el estudio. Asistiendo 10 fisioterapeutas de los que 8 fisioterapeutas se unieron al estudio y a los que se les entregaron 20 cuestionarios a cada uno para repartir entre sus pacientes /usuarios elegidos por azar sistemático.

Finalmente en la Unidad de Fisioterapia del Hospital Universitario Virgen del Rocío, se procedió de la misma manera, convocando con una semana de antelación a los 42 fisioterapeutas de la unidad a través de una carta en el tablón de la sala de reunión, en la que se indicaba la fecha de la charla/captación de colaboradores para el estudio. Asistieron 12 fisioterapeutas de los que 8 se prestaron a la colaboración en el estudio y a los que se les entregaron 20 cuestionarios a cada uno para distribuir entre sus pacientes /usuarios elegidos por azar sistemático.

3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para participar en el presente estudio fueron:

- Ser mayor de dieciocho años.
- Ser capaz de realizar una lectura comprensiva de los cuestionarios.
- Haber recibido tratamiento fisioterapéutico en una de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Universitarios de Sevilla tras derivación facultativa.
- No presentar ningún trastorno cognitivo o de comprensión que dificultara la cumplimentación de los cuestionarios objeto de medida.

- Dar y firmar el documento de consentimiento informado

3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Como criterios de exclusión propusimos:

- Pacientes que abandonaran la Unidad de Fisioterapia antes de completar los Cuestionarios.
- Pacientes que no hayan recibido el Alta antes de la finalización del periodo de estudio.

3.2.3. LA MUESTRA

La muestra del presente estudio fue obtenida de entre los pacientes/usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los tres Hospitales Públicos de Sevilla (Hospital Universitario Virgen de Valme, Hospital Universitario Virgen Macarena y Hospital Universitario Virgen del Rocío). La administración de los cuestionarios se realizó por parte de los 22 fisioterapeutas que participaron en el estudio. A cada fisioterapeuta se le entregaron 20 cuestionarios para su distribución entre los usuarios de su Unidad de Fisioterapia de forma aleatoria y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

Así pues, multiplicando los fisioterapeutas de cada hospital por los cuestionarios suministrados nos dan 440 sujetos muestrales potenciales.

Sin embargo, hubo abandonos causados por no devolver el cuestionario suministrado o por no haber recibido el Alta, antes de completar el estudio. Así, para cada Hospital tenemos:

- **En el Hospital Universitario Virgen de Valme:** 25 usuarios abandonaron, 14 usuarios por no devolver el cuestionario y 11 usuarios por no ser dados de Alta antes de completar el estudio
- **En el Hospital Universitario Virgen Macarena:** 5 usuarios abandonaron, 3 usuarios por no devolver el cuestionario y 2 usuarios por no ser dados de Alta antes de completar el estudio.
- **En el Hospital Universitario Virgen del Rocío:** 26 usuarios abandonaron, 12 usuarios por no devolver el cuestionario y 14 usuarios por no ser dados de Alta antes de completar el estudio.

Participaron en el estudio un total de **384** sujetos muestrales, todos ellos usuarios procedentes de las tres Unidades de Fisioterapia de los hospitales donde se desarrolló el estudio. Existieron 56 usuarios que constituyeron pérdidas de seguimiento tal y como indica el diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra (**Figura 4**). La distribución de la muestra por hospitales quedó conformada del siguiente modo:

- **Hospital Universitario Virgen de Valme: 95 usuarios.**
- **Hospital Universitario Virgen Macarena: 155 usuarios.**
- **Hospital Universitario Virgen del Rocío: 134 usuarios.**

La edad media de la muestra fue de $50,69 \pm 14,94$. Respecto al sexo, el 35,4 % (136) fueron hombres y el 64,6 % (248) mujeres.

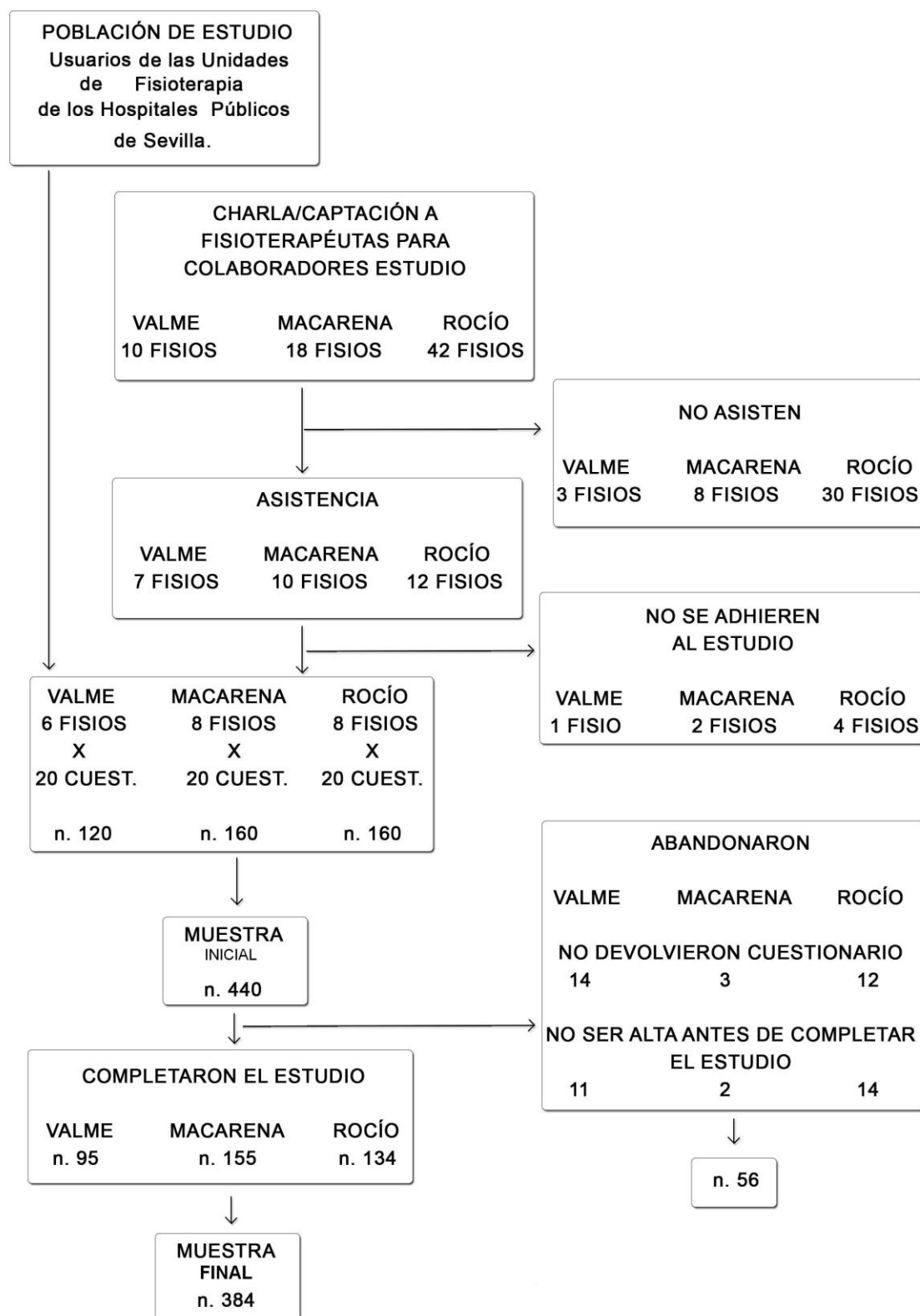
Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética (requisito imprescindible para la recogida de datos) se procedió a la recogida de datos de la muestra.

La totalidad de los usuarios que conforman la muestra cumplimentaron el Consentimiento Informado elaborado por el autor de la presente Tesis Doctoral (requisito imprescindible para la recogida de datos) (**Anexo 9.3**)

Todos los sujetos muestrales recibieron los Cuestionarios de los fisioterapeutas del Hospital Público en el que recibían el tratamiento fisioterápico.

A continuación se expone el diagrama de flujos para hacer más fácil la comprensión del proceso de selección y reclutamiento de la muestra del estudio.

3.2.4. DIAGRAMA DE FLUJOS



3.3. VARIABLES

Las variables de esta investigación las hemos dividido en diferentes apartados dependiendo del objetivo de análisis y sus características metodológicas.

3.3.1. VARIABLES PERSONALES Y DE AFILIACIÓN

- **Edad:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de recoger los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cuantitativo, generando datos de naturaleza cuantitativa, útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Sexo:** Esta variable se recoge por un cuestionario instrumentalizado “ad hoc”, con el objeto de conocer los datos de cada sujeto experimental. Esta variable, por su naturaleza es estrictamente nominal, generando datos de tipo cualitativo dicotómico, útiles para el desarrollo de la estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Estado civil:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de analizar los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cualitativo, generando datos de naturaleza cualitativa, útiles para el desarrollo de estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Nivel de estudios:** Esta variable la recogemos por un cuestionario “ad hoc” con el objetivo de saber los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo

cualitativo, generando datos de naturaleza cualitativa, útiles para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.

- **Peso:** Esta variable la recogemos mediante preguntas realizadas en el cuestionario de afiliación, con el objetivo de conocer los datos de cada sujeto experimental. Los valores de la variable son medidas cuantitativas de razón, generando valores sobre los que podemos operar con cualquier tipo de estadístico paramétrico.
- **Talla:** Esta variable la recogemos mediante el ítem solicitado a los sujetos en el cuestionario de afiliación, con el objetivo de conocer los datos de cada individuo. Los valores de la variable son medidas cuantitativas de razón, generando valores sobre los que podemos operar con cualquier tipo de estadístico solicitado.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Esta variable resulta de la operación aritmética de las variables peso y talla, aplicando la fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{talla (cm)}^2$. Los valores de la variable son medidas cuantitativas que generan valores sobre los que operar con cualquier tipo de estadístico solicitado.
- **Actividad laboral:** Esta variable se recoge mediante técnica de encuesta articulada a través de un cuestionario administrado. Esta medida genera valores de carácter nominal. La estadística aplicable es de carácter no paramétrico, dada la naturaleza cualitativa de esta variable. Sus posibles usos se relacionan con la posibilidad de formar grupos de casos para su control estadístico.

3.3.2 VARIABLES PROFESIONALES RELACIONADAS CON LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

- **Hospital de estudio:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada por un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de conocer la procedencia de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cualitativo, generando datos de naturaleza cualitativa, útiles para el desarrollo de estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Servicio de remisión:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada por un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de recoger los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cualitativo, generando datos de naturaleza cualitativa, útiles para el desarrollo de estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Tiempo de permanencia en lista de espera para el acceso a la Unidad de Fisioterapia:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada por un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de recoger los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cuantitativo y medido en días.
- **Tiempo de permanencia por sesión:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada por un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de recoger los datos de cada sujeto experimental. Esta variable es de tipo cuantitativo y medido en minutos.
- **Número de sesiones:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada por un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de conocer los datos de cada

sujeto experimental en relación con su permanencia en la unidad de fisioterapia.

Esta variable es de tipo cuantitativo.

- **Informe de alta:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de conocer los datos de cada sujeto experimental. Esta variable genera datos de tipo nominal dicotómico, útiles para el desarrollo de estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Modificaciones en la Unidad de Fisioterapia:** Esta variable se recoge mediante un cuestionario articulado “ad hoc” con el objetivo de indagar en la opinión de los usuarios de las unidades de fisioterapia. Esta variable genera datos de tipo cualitativo, que se analizarán siguiendo un proceso de jerarquización nominal para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Aspecto más positivo de la Unidad de Fisioterapia:** Esta variable se recoge mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de recoger la opinión de cada sujeto experimental. Esta variable genera datos de tipo cualitativo, que se analizarán siguiendo un proceso de jerarquización nominal para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de la investigación.
- **Tratamientos fisioterapéuticos que existen y no se realizan en esta Unidad de Fisioterapia. Citar alguno:** Esta variable se recoge mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de recoger la opinión de cada sujeto experimental. Esta variable genera datos de tipo cualitativo, que se analizarán siguiendo un proceso de jerarquización nominal para la formación de subgrupos, en cuanto a la prospectiva de la presente investigación.

- **Recomendación de la Unidad de Fisioterapia:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de conocer la opinión de cada sujeto experimental. Esta variable genera datos de tipo cualitativo dicotómico, útiles para el desarrollo de la estadística no paramétrica y para la formación de subgrupos y posible control estadístico de resultados de investigación.

3.3.3. VARIABLES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA

Este conjunto de variables que proceden del cuestionario de satisfacción corresponden con las dimensiones del mismo en cuanto a las categorías investigadas.

- **Satisfacción general:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de recoger los datos de cada usuario experimental. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el principal resultado de esta investigación.
- **Satisfacción con la Unidad de Fisioterapia:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de conocer los datos de cada usuario experimental. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación en relación con la unidad de fisioterapia.
- **Satisfacción de la relación entre Fisioterapeuta-Usuario:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objetivo de conocer los datos de cada usuario experimental. Es una variable cuantitativa discreta que genera

datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación con respecto a la relación fisioterapeuta-usuario.

- **Satisfacción de la relación con otros profesionales:** Esta variable la recogemos mediante encuesta articulada “ad hoc” con el objeto de conocer los datos de cada usuario experimental. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación con respecto a la relación del usuario con otros profesionales pertenecientes al ámbito hospitalario.

3.3.4. VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA

Según la OMS (World Health Organization Quality of Life Group 1994)¹⁰³ la calidad de vida es “la percepción de un individuo respecto a su propia posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, teniendo en cuenta sus metas, sus expectativas, sus modelos y sus preocupaciones”. Los especialistas aceptan que la calidad de vida está influida por su interacción con la salud, estado mental, relaciones del individuo y elementos del entorno o ambiente.

Tras las influencias en este concepto de diferentes esferas o dimensiones, (Lawton 1991)⁵⁴, propone cuatro componentes de la calidad de vida, que son los siguientes: condiciones ambientales, competencia del comportamiento, bienestar psicológico y la calidad de vida percibida.

Dentro de estos componentes, la salud relacionada con la calidad de vida se encuentra ubicada dentro de la jerarquía de competencias del comportamiento. La salud implica una estructuración y un funcionamiento de las células, de los órganos y de los

sistemas del cuerpo como un todo, e influye directamente en el grado de capacidad funcional de las personas. Debemos por tanto relacionar la salud con la capacidad funcional y la independencia funcional.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ocupa de aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental y de percepción de la salud en general. El concepto de CVRS gira en torno a la concepción multidimensional de la salud y hace referencia a las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que la enfermedad produce en la vida de las personas. Es por ello que la calidad de vida y la salud son directamente proporcionales.

Por todo lo anteriormente expuesto planteamos las siguientes variables:

- **Calidad de vida relacionada con la salud:** Esta variable la recogemos mediante el cuestionario SF-12 (versión 1) con el objeto de conocer la calidad de vida de los usuarios experimentales. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación con respecto a la calidad de vida del usuario de forma global.

- **Dimensión Física:** Esta variable la recogemos mediante el cuestionario SF-12 (versión 1) con el objeto de conocer la calidad de vida de los usuarios experimentales. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación con respecto a la dimensión física del usuario en relación con su calidad de vida.

- **Dimensión mental:** Esta variable la recogemos mediante el cuestionario SF-12 (versión 1) con el objeto de conocer la calidad de vida de los usuarios experimentales. Es una variable cuantitativa discreta que genera datos útiles para el desarrollo de estadística paramétrica y que nos permite conocer de forma precisa el resultado de esta investigación con respecto a la dimensión mental del usuario en relación con su calidad de vida.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN

3.4.1. RECOGIDA DE DATOS

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética del hospital correspondiente, aunque sólo fue necesaria la del Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de Valme, (**Anexo 9.1**) y la del Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen Macarena, (**Anexo 9.2**) pues la del Hospital Universitario Virgen del Rocío no fue precisa por haberse creado una Unidad de Gestión Clínica (UGC) que engloba a los tres hospitales y es suficiente con la aprobación de algún comité anterior a la creación de la UGC; se inicia el proceso de recogida de datos que conlleva una planificación previa de creación de técnicas e instrumentos que nos posibilitan tal fin y que se materializan en los siguientes pasos:

Inicialmente, se entrega al usuario que lleva como mínimo una semana de tratamiento en la Unidad de Fisioterapia, para su cumplimentación, los siguientes documentos:

- Un Documento de Consentimiento Informado, donde se recoge información sobre el presente estudio y donde se le solicita por escrito el consentimiento al usuario para su participación en el estudio de investigación. (**Anexo 9.3**)
- Un Cuestionario de Afiliación, en el que a modo de historia clínica, se recogen datos de caracterización de la muestra: edad, sexo, medidas antropométricas y datos referentes a las unidades de fisioterapia. (**Anexo 9.4**)
- Un cuestionario de autoposicionamiento sobre el grado de satisfacción de los sujetos muestrales, con escala Likert con cinco opciones de respuesta.

(**Anexo 9.5**)

- El Cuestionario SF-12 (versión 1) que es una encuesta de salud donde manifiesta su opinión acerca de su calidad de vida en las dos dimensiones, física y mental, como pre-tratamiento. (**Anexos 9.6 y 9.7**)

Al recibir el alta en la unidad de fisioterapia se le entrega un nuevo cuestionario SF-12 (versión 1) constituyendo su respuesta post-tratamiento.

Los datos fueron recogidos en el hospital universitario Virgen de Valme desde noviembre de 2009 hasta febrero de 2010; en el hospital universitario Virgen Macarena desde julio de 2010 hasta enero de 2011 y en el hospital universitario Virgen del Rocío desde febrero a diciembre de 2013.

3.5. MATERIALES / INSTRUMENTOS

3.5.1. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento de consentimiento informado es un informe de obligado cumplimiento ético y legal, elaborado para el presente estudio y cuya firma fue anterior a la recogida de datos y posterior a la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

En el documento se explica el tipo de estudio que se va a realizar, así como, el título y lo pertinente de la participación; en tanto que, los resultados pueden abrir nuevos caminos en la investigación en fisioterapia y plantear nuevos retos en la administración de dichos servicios al igual que descubrir puntos débiles en las unidades de fisioterapia estudiadas. **(Anexo 9.3)**

Se respetaron las normas dictadas en la Declaración de Helsinki de 1964, y sus revisiones de Seúl (Corea), 2008. Además fueron de obligado cumplimiento las normas del Informe Belmont de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986), las del Convenio de Oviedo de 1997 (Convenio de Asturias de Bioética 1997) y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). Los investigadores y profesionales sanitarios relacionados con este estudio se comprometieron a garantizar la confidencialidad de los datos y velar por el cumplimiento de las recomendaciones de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (LOPD) y las del Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD.

Así pues, se obtuvo el consentimiento informado por parte de cada uno de los participantes. El equipo investigador guardó copias de los consentimientos firmados por los pacientes.

La información registrada ha sido empleada con carácter científico, pudiendo ser empleada para la realización de otros estudios. Con el objetivo de determinar si este trabajo se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea, se ha sometido a evaluación por parte del Comité de Ética del Hospital Virgen de Valme y de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla, informando favorablemente sobre el estudio de investigación: **“Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las unidades de fisioterapia de los hospitales públicos de Sevilla”** y del investigador principal, valorando positivamente la capacidad investigadora, objetivos y memoria del estudio. (Anexos 9.1 y 9.2)

3.5.2. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

El cuestionario de Satisfacción consta de tres partes que hacen referencia a las distintas variables que se miden en el mismo y que son: los datos personales y de afiliación, los datos profesionales relacionados con las Unidades de Fisioterapia y los datos de satisfacción de los usuarios de dichas unidades clínicas.

Esta última parte está configurada como una batería de 20 preguntas cerradas de opción múltiple, con una alternativa de respuesta tipo escala Likert, según esta valoración: 1= Muy insatisfecho / Muy mal; 2= Insatisfecho / Mal; 3= Ni satisfecho ni insatisfecho / Ni bien ni mal; 4= Satisfecho / Bien; 5= Muy Satisfecho / Muy bien. (Anexos 9.4 y 9.5)

3.5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CVRS

La medición de la calidad de vida es un método para cuantificar la salud, ya que recoge aspectos básicos de la evolución del paciente, tales como el bienestar emocional y funcional. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se justifica por su asociación clara con fenómenos de salud como la mortalidad o el consumo de recursos sanitarios, además de por convertirse esta medición en un objetivo terapéutico en sí misma. Esto es importante cuando en un paciente la terapia no busca tanto la mejora biológica como el incremento del afrontamiento o la adaptación del paciente a la enfermedad, especialmente en los procesos crónicos (Alonso, 2000)⁴ a los que habitualmente se enfrenta el fisioterapeuta en el ámbito de la asistencia sanitaria, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria.

Cualquier instrumento de la CVRS está constituido por dos elementos fundamentales: las dimensiones o elementos que contempla y el nivel escalar en que cada uno de ellos es medido. Los instrumentos genéricos están dirigidos a obtener una estimación global del estado de salud del individuo y son útiles para comparar resultados entre diferentes poblaciones con diferentes patologías.

Dentro de estos instrumentos podemos destacar el Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile) (Bergner, 1976)¹⁰, el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile) (Hunt, McKenna y McEwen, 1980)⁴³ y el Short-Form 36 (SF-36) (Ware y Sherbourne, 1992)¹⁰⁰, que disponen de 12, 6 y 8 dimensiones de salud respectivamente. Por último, el Health Assessment Questionnaire (HAQ) en su versión española (Burdo y otros, 2003)¹⁴ es un índice de 20 preguntas que pide a los que lo responden que refieran el grado de dificultad (0= sin dificultad, 1= alguna dificultad, 2=mucha dificultad y 3=incapaz de hacerlo) que han tenido para

llevar a cabo sus tareas divididas en 8 áreas funcionales (vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, agarrar y recados y tareas) en la semana anterior. Las puntuaciones más altas en cada área funcional se promedian para calcular el índice de discapacidad.

Debido a la variabilidad de instrumentos de medida que analizan la CVRS, se realizó una búsqueda bibliográfica que indicó como cuestionario más citado el SF-36 (**Tabla 1**). A pesar de estos resultados, se decidió administrar la versión reducida del mismo (cuestionario SF-12) por ajustarse mejor al diseño de nuestro estudio.

Tabla 1. Cuestionarios para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Cuestionario	Nombre del Autor	Año	Dimensiones	Nº citas pubmed
Sickness Impact Profile	Bergner et al.	1976	(1). Sueño y descanso trabajo. (2). Nutrición (3) Tareas domésticas (4) Ocio y pasatiempos (5) Desplazamiento (6) Movilidad (7) Cuidado (8) Movimiento corporal (9) Relaciones sociales (10) Actividad intelectual (11) Actividad emocional (12) Comunicación	34
Nottingham Health Profile	Hunt et al.	1984	(1) Energía (2) Dolor (3) Movilidad física	43

			(4) Reacciones emocionales	
			(5) Sueño	
			(6) Aislamiento social	
Short-Form 36	Ware y Sherbourne	1992	(1) Función física	10995
			(2) Rol físico	
			(3) Dolor corporal	
			(4) Salud general	
			(5) Vitalidad	
			(6) Función social	
			(7) Rol emocional	
			(8) Salud mental	
Short- Form 12	Gandek et al	1995	(1) Función física (2 ítems)	8518
			(2) Rol físico (1 ítem)	
			(3) Dolor corporal(1 ítems)	
			(4) Salud general(1 ítems)	
			(5) Vitalidad(1 ítem)	
			(6) Función social(1 ítem)	
			(7) Rol emocional(2 ítems)	
			(8) Salud mental(2 ítems)	
Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS1)	Meenan RF et al	1992	(1) Movilidad	19
			(2) Caminar e inclinarse.	
			(3) Funciones de la mano.	
			(4) Funciones del brazo.	
			(5) Autocuidado.	
			(6) Tareas domesticas	

Health Assessment Fries JF Questionnaire	1980	(1) Vestirse y asearse (2) derivarse (3) Comer (4) Caminar (5) Higiene personal (6) Alcanzar objetos (7) Fuerza de agarre o prensión (8) AVD	64
--	------	---	----

3.5.3.1 CUESTIONARIO SHORT FORM-12

El cuestionario Short-Form 12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñado para usos en los que éste sea demasiado largo. Consta de 12 preguntas referentes a la opinión que el usuario tiene sobre su salud así como de su capacitación para realizar las actividades cotidianas, siendo empleado en la presente Tesis Doctoral (**Anexos 9.6 y 9.7**) El usuario debe responder cada cuestión señalando una sola respuesta y en caso de no estar seguro, la que más se aproxime a su situación. Ha demostrado ser una alternativa útil cuando el tamaño de muestra es elevado.

Estudios como el Medical Outcomes study (MOS), Functioning ad Well-being Profile, el Sickness Impact Profile (S.P.I.) o el Health Insurance Experiment Medical History Questionnaire han confirmado empíricamente la existencia de dos dominios principales de salud: el dominio físico y el mental. Los estudios realizados sobre ellos corroboraron la existencia de estos dos componentes principales. Teniendo en cuenta que tanto el componente físico como el mental recogen entre el 80% y el 85% de las varianzas de las 8 dimensiones originales además de que la carga de administración puede ser elevada en determinados ámbitos de actuación así como en determinado tipo de estudios.

Todo esto supuso un argumento adicional importante para el desarrollo de una versión reducida que tuviera en cuenta la adopción de componentes sumarios, denominada **SF-12**. Esta consta de 12 ítems seleccionados del SF-36 (Vilagut y otros, 2008)⁹⁹, realizaron un estudio sobre la interpretación de los cuestionarios SF-36 y SF-12 respecto al componente físico y mental. Para ello, realizaron una comparativa de los “pesos” observados de las diferentes dimensiones para cada componente sumario, realizando posteriormente una comparativa con los resultados obtenidos en la población

norteamericana. Obtuvieron que los pesos de las dimensiones Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General fueron positivos con respecto al Componente sumario Físico (CSF) y negativos respecto al componente sumario mental (CSM). Mientras, las dimensiones Funcion Social, Rol emocional y Salud Mental presentaron pesos positivos para el componente CSM. (Figura 3)

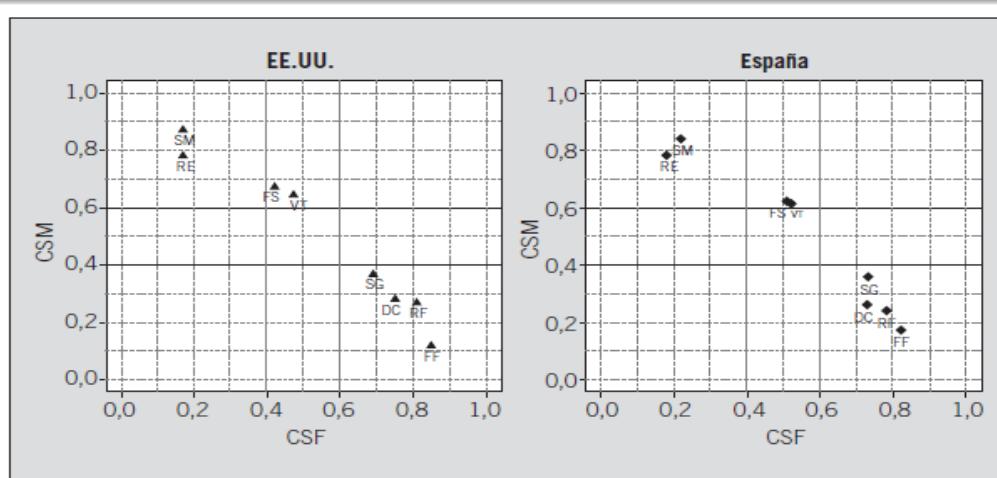


Figura 3: Cargas factoriales de las dimensiones del cuestionario SF-36 sobre las medidas sumarios física y mental. CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental, DC: Dolor corporal, FF: Función Física; RE: Rol emocional; RF: Rol Físico; SG: Salud General; SM: Salud Mental; VT: Vitalidad. Extraído de (Vilagut y otros 2008)⁹⁹.

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 19. Para el análisis de datos se empleó estadísticos de tendencia central: media, mediana y moda; así como estadísticos de dispersión como la desviación típica.

Además se utilizaron las tablas de contingencia para analizar las variables cualitativas estudiadas. Para hacer inferencia a partir de ellas se ha aplicado el test de Chi-cuadrado de Pearson cuando se verifican las condiciones de validez del mismo, las frecuencias esperadas sean superiores a 1 y a lo sumo un 20% de ellas inferior a 5; en otro caso se ha aplicado el test exacto de Fisher.

Para la validación del Cuestionario de Grado de Satisfacción, analizamos la validez de constructo mediante el análisis factorial (en concreto su variante de extracción por el método de componentes principales), con el objetivo de identificar un solo factor “fuerte” (unidimensionalidad de la escala).

Entre los estadísticos a emplear destacan la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Por otro lado, la fiabilidad de dicho cuestionario la estudiamos mediante el modelo de consistencia interna, que es el que proporciona el análisis mediante la prueba de intercorrelaciones de los ítems y el estadístico de alfa Cronbach.

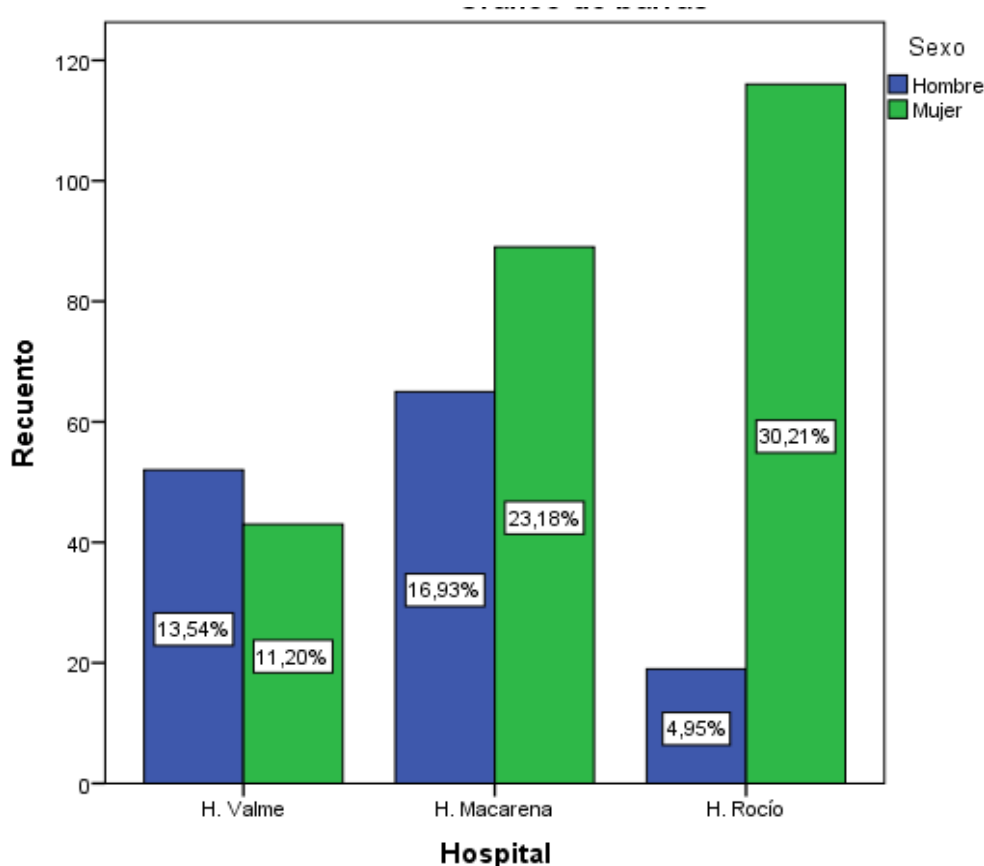
4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 384 sujetos, de los cuales 35,4 % (136) son hombres y 64,6 % (248) son mujeres. La muestra fue obtenida de usuarios de las Unidades de Fisioterapia del Hospital Universitario “Virgen de Valme” (24,74%), Hospital Universitario “Virgen Macarena” (40,11%) y Hospital Universitario “Virgen del Rocío” (35,16%). Es llamativo las diferencias encontradas en la variable sexo entre hospitales, observándose seis veces más mujeres que hombres en el hospital Virgen del Rocío (**Figura 4**).

Figura 4: Distribución de la muestra por hospitales en función del sexo.



Según el estado civil, la mayoría, un 65,1 % (250) están casados, el 20,1 % (77) son solteros, el 7,3 % (28) son viudos, el 4,4 % (17) están divorciados y el 3,1 % (12) separados.

Respecto al número de hijos, más de la mitad, el 52,4 % (177) tienen 1 o 2 y el 20,4% (69) no tienen ningún hijo. Por nivel de estudios destaca que el 11,2 % (43) se manifiestan sin estudios, el 39,8 % (153) con estudios primarios, el 28,6 % (110) con un nivel de bachillerato o formación profesional y el 19,8 % (76) tienen estudios universitarios.

Respecto a la actividad laboral, el 34,9 % (133) se engloban en la categoría de otros, incluyéndose en dicha categoría las personas en búsqueda de empleo. Les sigue las personas que trabajan por cuenta ajena con un 31,8 % (121), los que se dedican a sus labores, 23,4 % (89) y las personas que trabajan como autónomo con un 10 % (38).

Si tenemos en cuenta el hospital de donde procede el usuario, los datos que se obtuvieron fueron que el 40,1 % (155) provinieron del Hospital Virgen de la Macarena, el 34,9 % (134) del Hospital Virgen del Rocío y el 35,1% (95) del Hospital de Valme.

A continuación, en la **tabla 2** se exponen las características antropométricas de la muestra (**variables de edad, peso, altura e Índice de Masa Corporal (IMC)**) así como variables de contextualización del usuario como los **días en lista de espera, tiempo de permanencia en la Unidad y número de sesiones** recibidas de las que se obtienen los siguientes resultados.

Tabla 2: Variables antropométricas y de contextualización de la muestra

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	50,69 ± 14,94	51	19	88
Peso (kg)	74,65 ± 15,17	72	45	130
Altura (cm)	164,77 ± 10,36	165	99	191
Índice de masa corporal (kg/m²)	27,36 ± 5,08	26,57	17,17	47,94
Días en lista de espera	30,07 ± 56,65	15	0	730
Tiempo de permanencia en unidad (minutos)	69,97 ± 33,82	60	5	190
Número de sesiones (días)	25,23 ± 32,58	15	0	300

Respecto al servicio de remisión por parte de otro servicio o unidad hospitalaria, destaca el servicio de Traumatología con un 62% de los usuarios derivados. El Servicio de Neurología deriva tan sólo a un 6% de los usuarios incluidos en la muestra, siendo el 2% para el Servicio de Reumatología. En la categoría de “Otros” se incluyó al 30% de la muestra, no perteneciendo a ninguno de los servicios y/o unidades antes mencionadas (Figura 5)

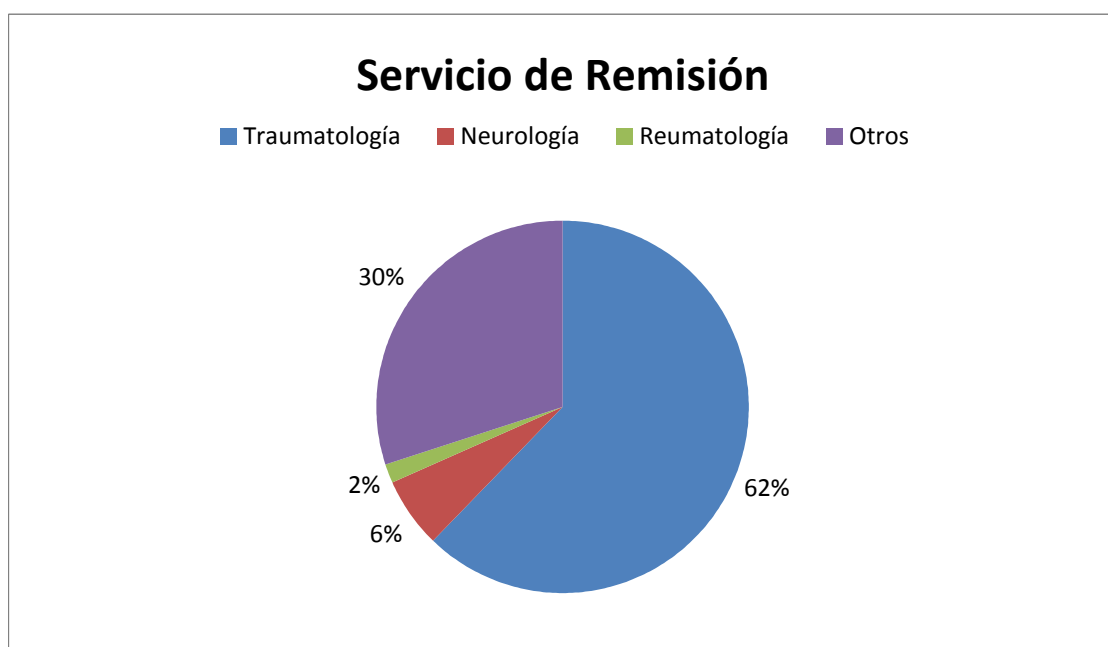


Figura 5: Proporción de servicios de remisión del total de usuarios incluidos en la muestra.

Respecto a la elaboración de informe de alta por la unidad de fisioterapia, tan sólo el 7,17% de los usuarios recibió un informe de alta al concluir el tratamiento fisioterápico (**Figura 6**), encontrándose la distribución de éste por hospitales en el apartado “Relación entre variables”.

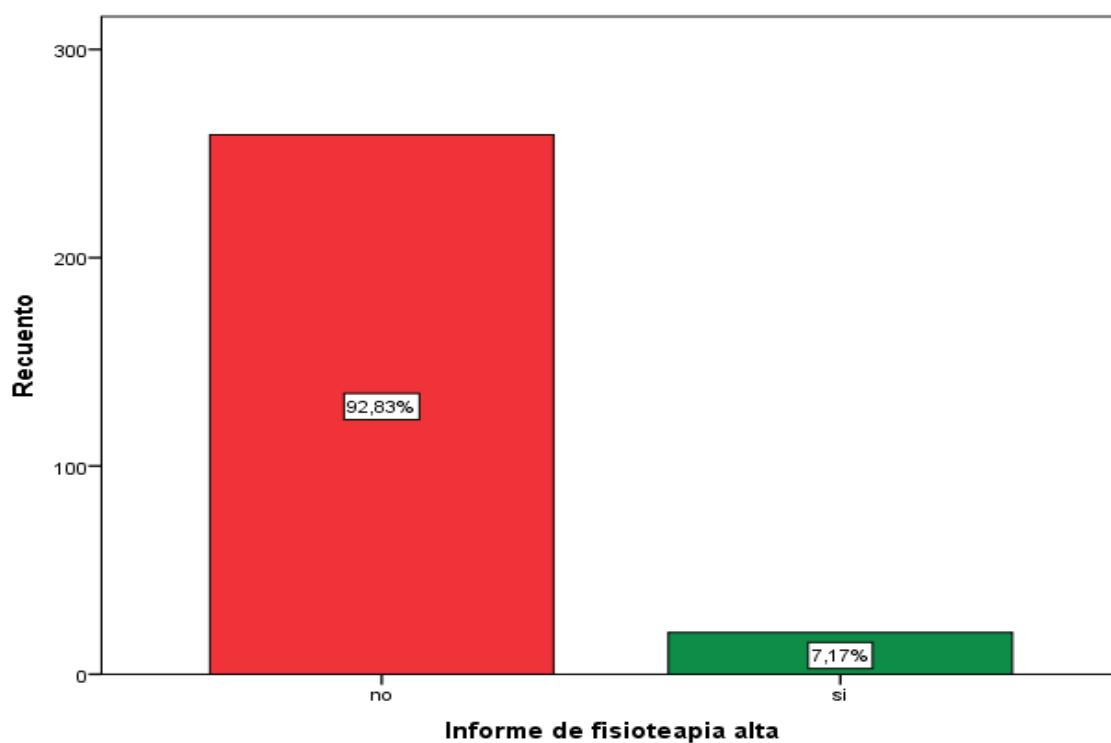


Figura 6: Proporción de usuarios que recibe informe de alta en la Unidad de Fisioterapia tras finalizar tratamiento.

Dicho tratamiento fue propuesto por parte del médico especialista de alguno de los servicios de remisión en el 23,96% de los casos, no ocurriendo de este modo en el 76,04% (**Figura 7**).

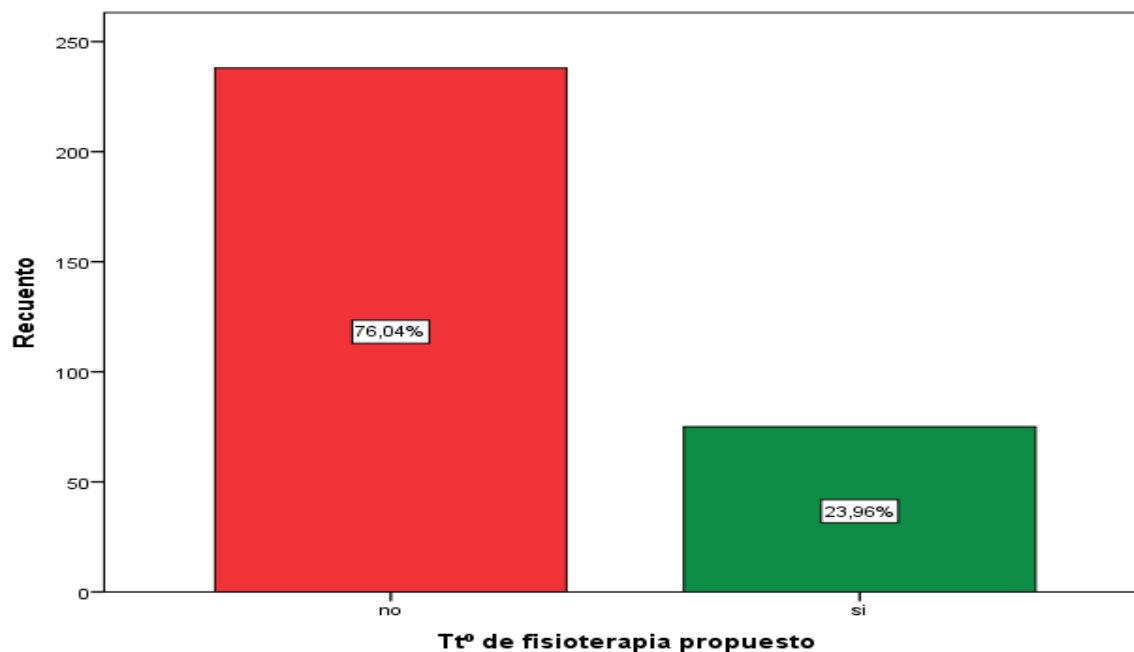


Figura 7: Proporción de usuarios que son derivados a la Unidad de Fisioterapia por el servicio de remisión con propuesta de tratamiento de Fisioterapia.

Respecto a las recomendaciones realizadas por los fisioterapeutas de la Unidad, se obtuvo que el 97,86% de los usuarios recibió recomendaciones respecto a su dolencia o patología, bien durante el tratamiento o al finalizar el mismo (**Figura 8**).

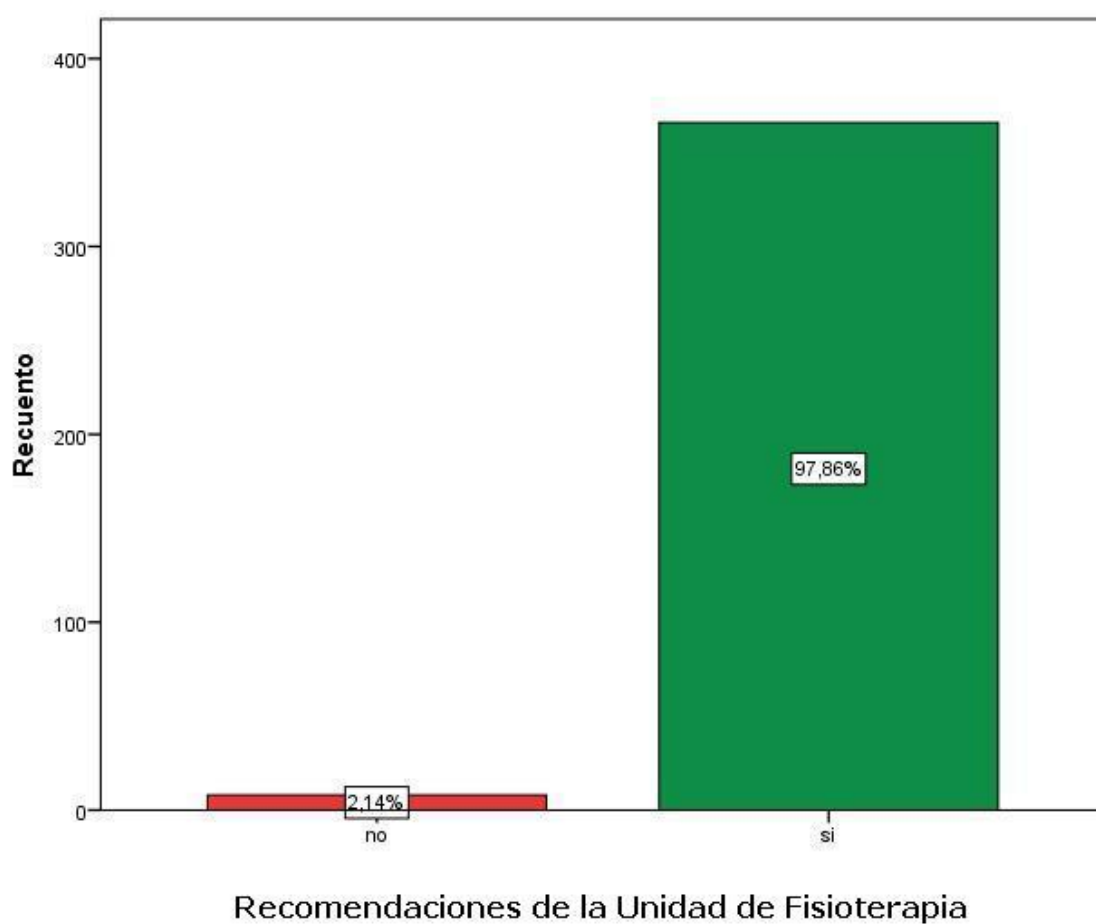


Figura 8: Proporción de usuarios que recibe recomendaciones por parte de los fisioterapeutas de la Unidad.

4.2 RELACIONES ENTRE VARIABLES

Entre las variables descriptivas, destaca la mayoría de los participantes mujeres en el ítem SL (Sus Labores) de la variable **Actividad Laboral**, tal y como se muestra en la siguiente figura (**Figura 9**).

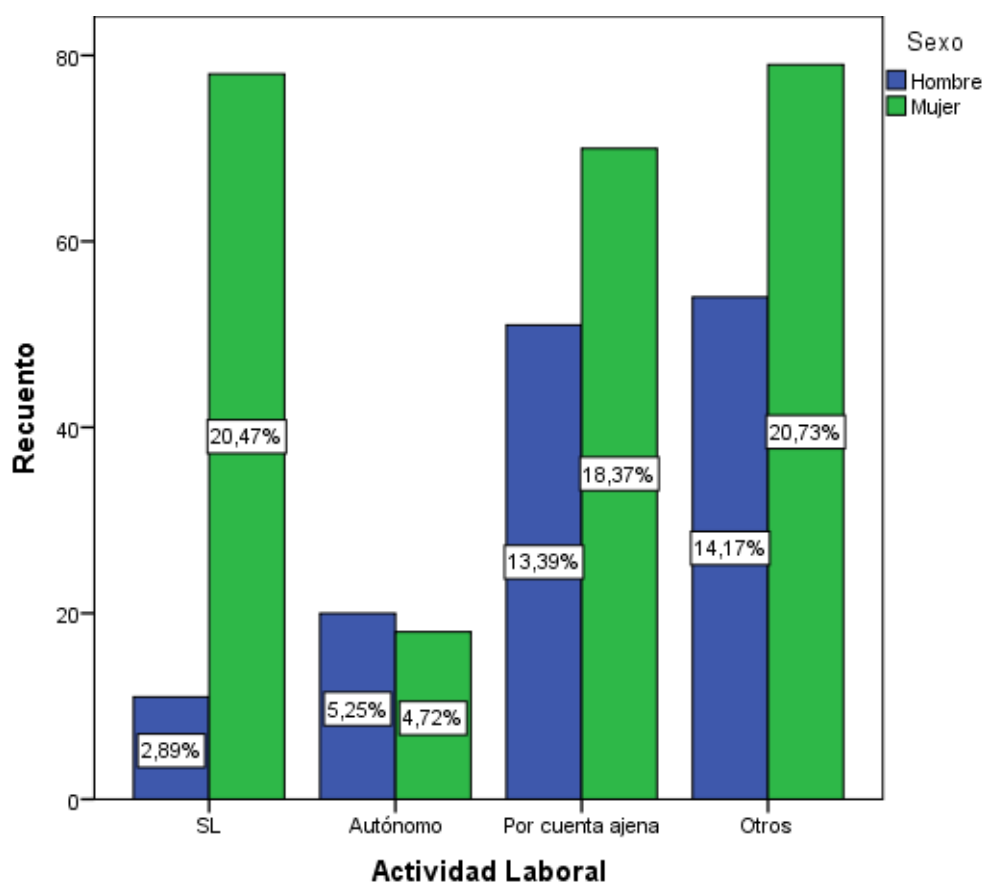


Figura 9: Proporción de sujetos según la variable “sexo” en función de la actividad laboral desarrollada.

Según la variable **nivel de estudios**, también existen diferencias en la actividad laboral desarrollada, destacando que la mayoría con estudios universitarios trabajan por cuenta ajena (**Figura 10**).

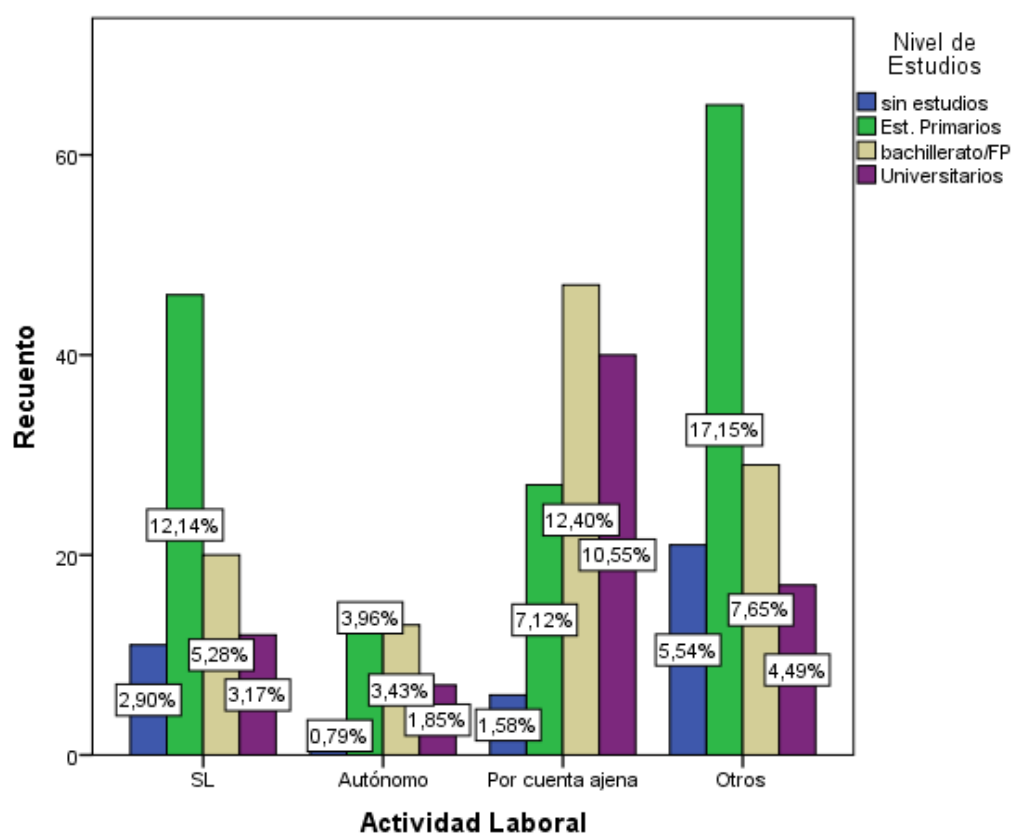


Figura 10: Proporción de sujetos según la variable “Nivel de Estudios” en función de la actividad laboral desarrollada.

Si las variables a estudiar son el sexo y el estado civil, destaca la proporción de hombres y mujeres que se encuentran casados/as, siendo la proporción de mujeres de 41,15%, superior a la del hombre (23,96%). Respecto al ítem “viudo/a”, destaca de forma significativa esta situación en las mujeres (7%) respecto de los hombres (0,26%).(Figura 11)

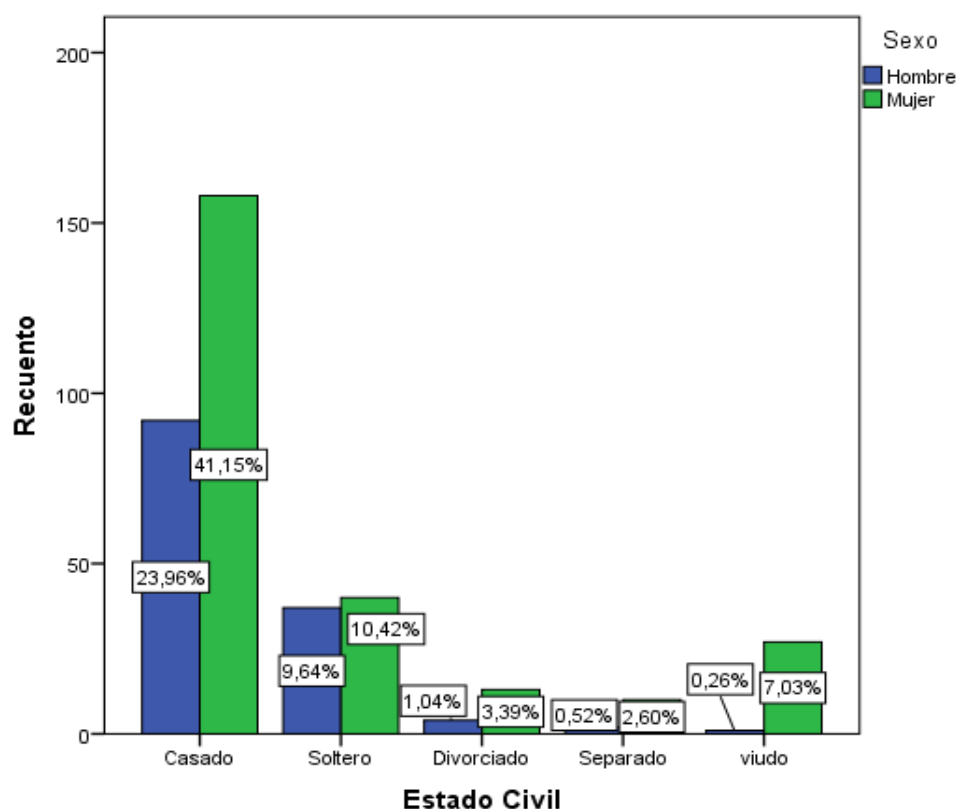


Figura 11: Proporción de sujetos según la variable “sexo” en función del estado civil.

Por niveles de estudios también se aprecian diferencias entre hospitales. Mientras en el Hospital Virgen del Rocío se encuentran la mayor parte de los usuarios que tienen nivel de estudios primarios (17,02%), en el Hospital Virgen de la Macarena es donde se encuentra una mayor proporción de usuarios de Fisioterapia con estudios universitarios (8,90%). Respecto al Hospital Virgen de Valme, se obtuvo una proporción bastante homogénea respecto a la variable nivel de estudios, ocupando los usuarios con nivel de estudios primarios un 8,36%, estudios secundarios y Bachillerato un 7,07%, estudios universitarios un 5,24% y un 3,93% aquellos sin estudios por este orden .(Figura 12).

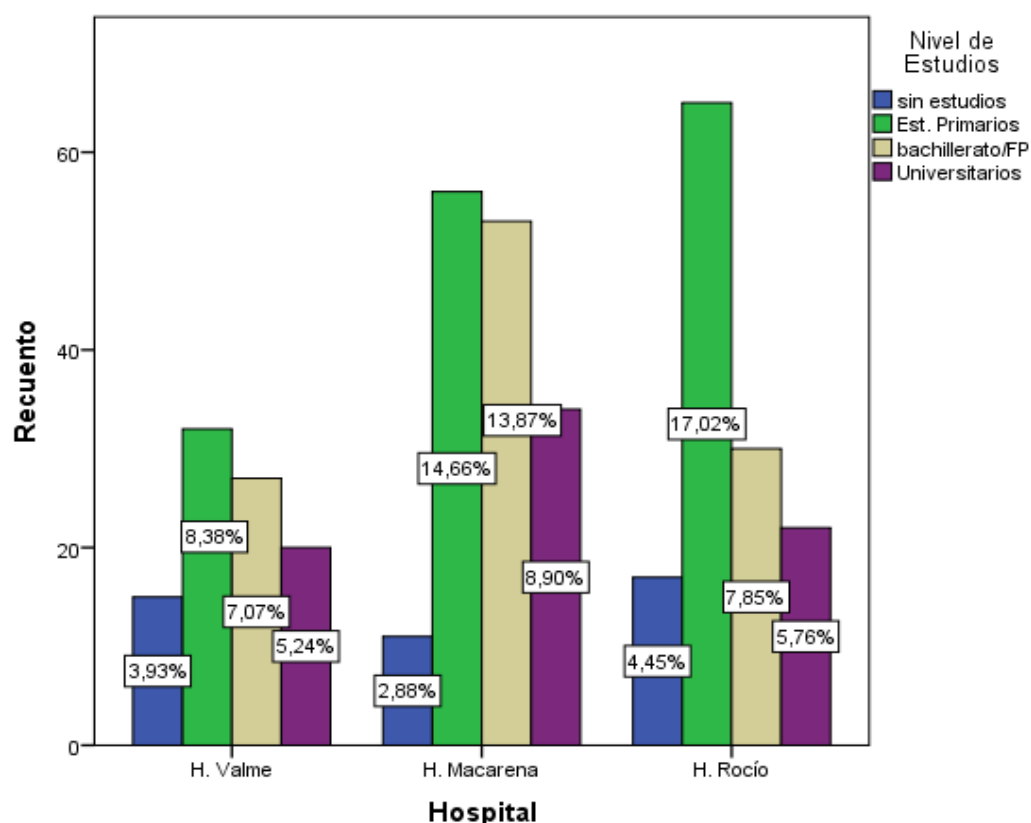


Figura 12: Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Nivel de Estudios”.

También existen distribuciones significativas de la muestra en función de la actividad laboral desempeñada. La mayoría de los que trabajan “por cuenta ajena” provienen del hospital Virgen de Valme. En cambio, la categoría “Sus Labores” predomina en el Hospital Virgen del Rocío con un 11,55% como muestra la **Figura 13**.

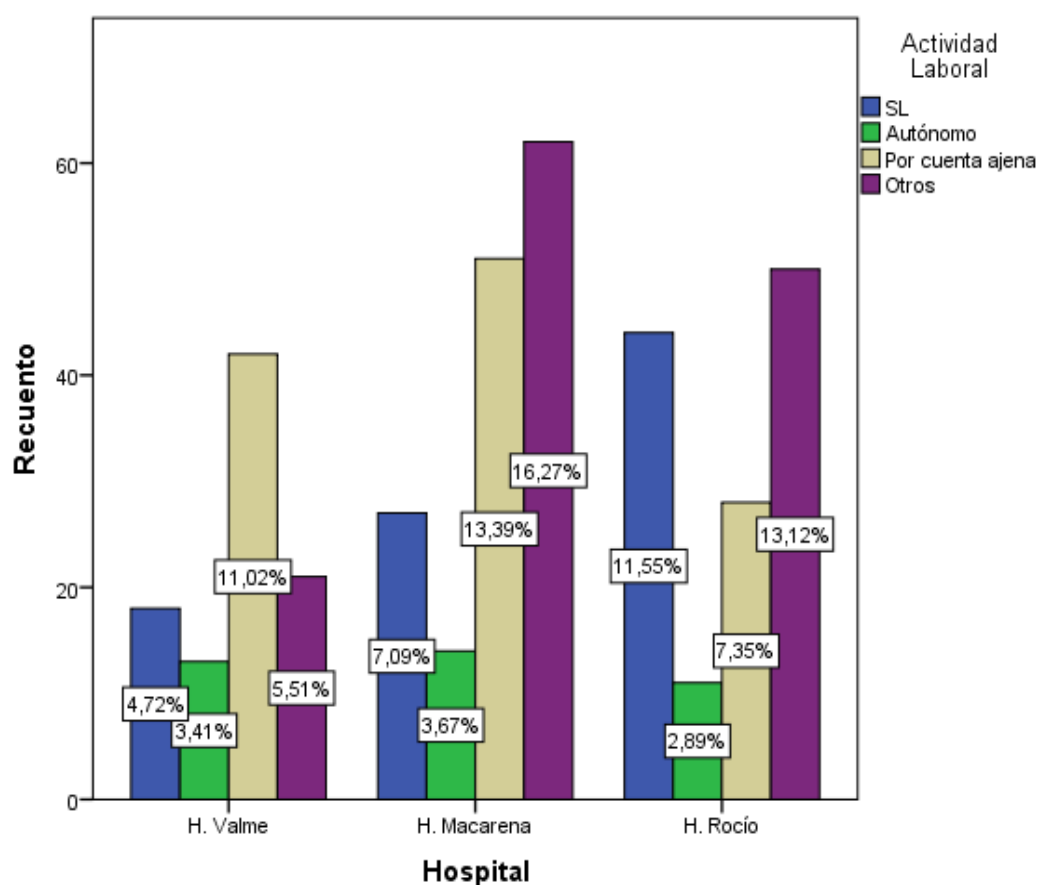


Figura 13: Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Actividad Laboral”.

Respecto a la existencia de un informe del servicio de fisioterapia en el momento del alta, se observó que en el Hospital Virgen del Rocío es donde se encuentran la mayoría de los casos con un 45% frente al 35% del Hospital Virgen de Valme y un 20% del Hospital Virgen de la Macarena tal y como muestra la **Figura 14**.

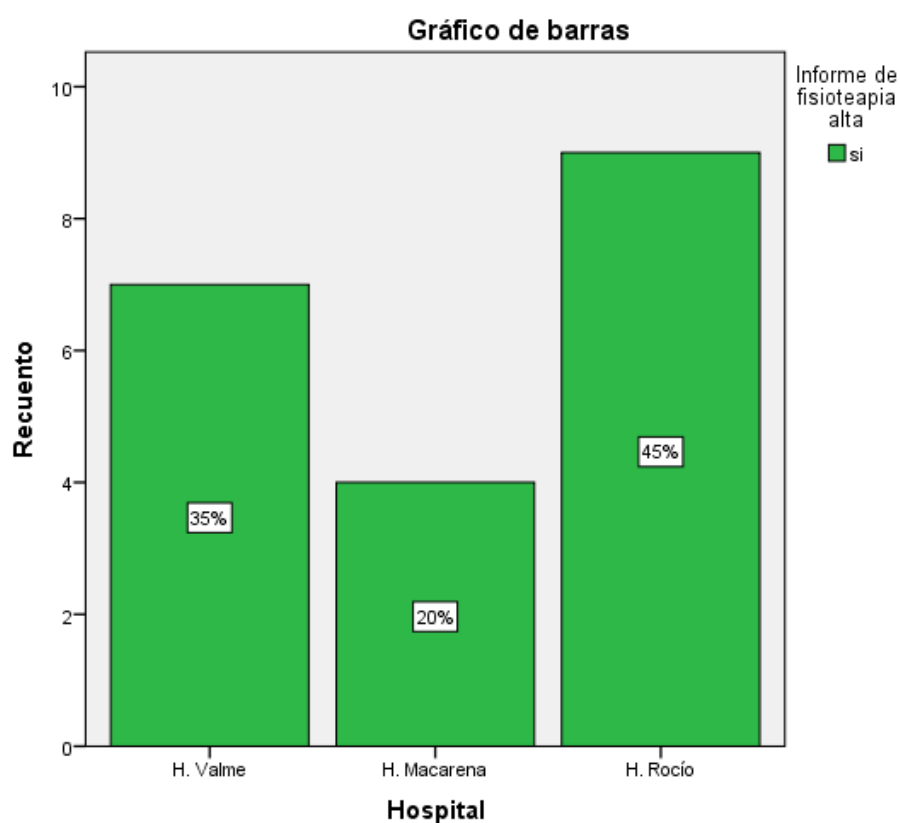


Figura 14: Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Emisión Informe de alta por la Unidad de Fisioterapia”.

Si analizamos la variable propuesta de algún tratamiento de fisioterapia, es en el Hospital Virgen de la Macarena donde se encuentran la mayoría de los casos con un 65,33%, seguido del Hospital Virgen de la Macanera con un 22,67% y del Hospital Virgen de Valme con un 12% respectivamente (**Figura 15**).

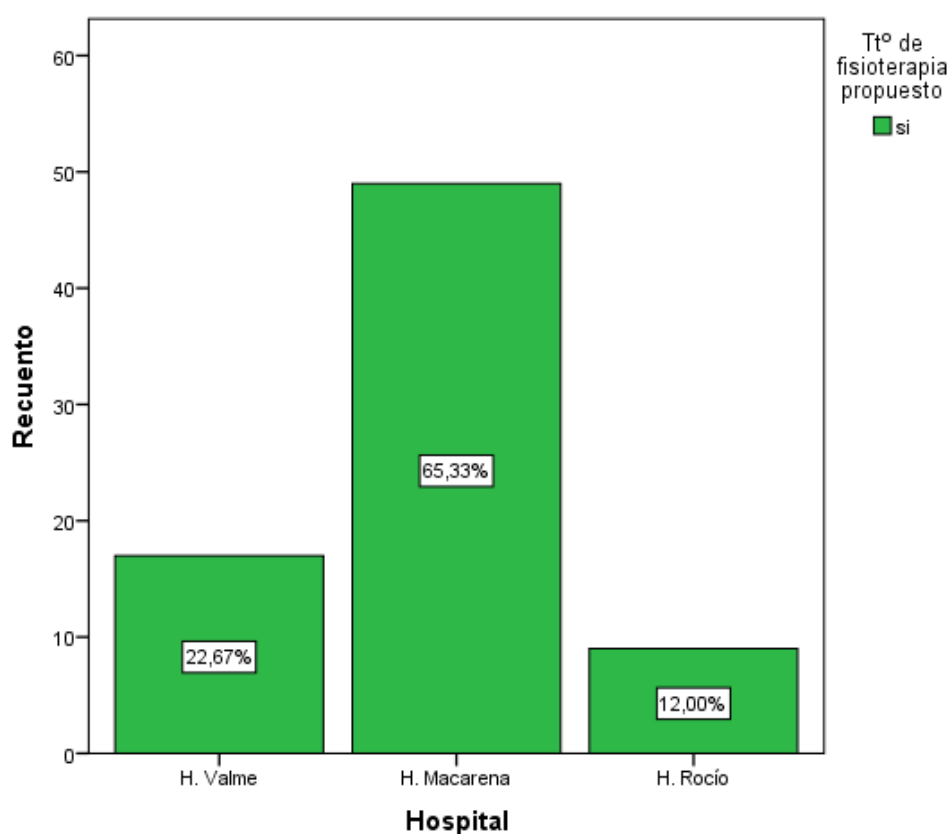


Figura 15: Distribución de la muestra por hospitales en función de la variable “Tratamiento de Fisioterapia propuesto”.

4.3 RELACIONES ENTRE VARIABLES Y FACTORES

Se realizó el análisis estadístico que permitiera estudiar las relaciones entre las diferentes variables y los factores determinados por las respuestas a las preguntas del cuestionario de satisfacción del usuario. Se observaron diferencias en los cruces realizados entre el **nivel de estudios** y la **satisfacción general del usuario** y entre el nivel de estudios y la **satisfacción con el servicio**, referido éste a las instalaciones (**Figura 16**). A medida que aumenta el nivel de estudios, va aumentando el nivel de satisfacción general. En cambio, a medida que aumenta el nivel de estudios, disminuye la satisfacción del servicio (instalaciones).

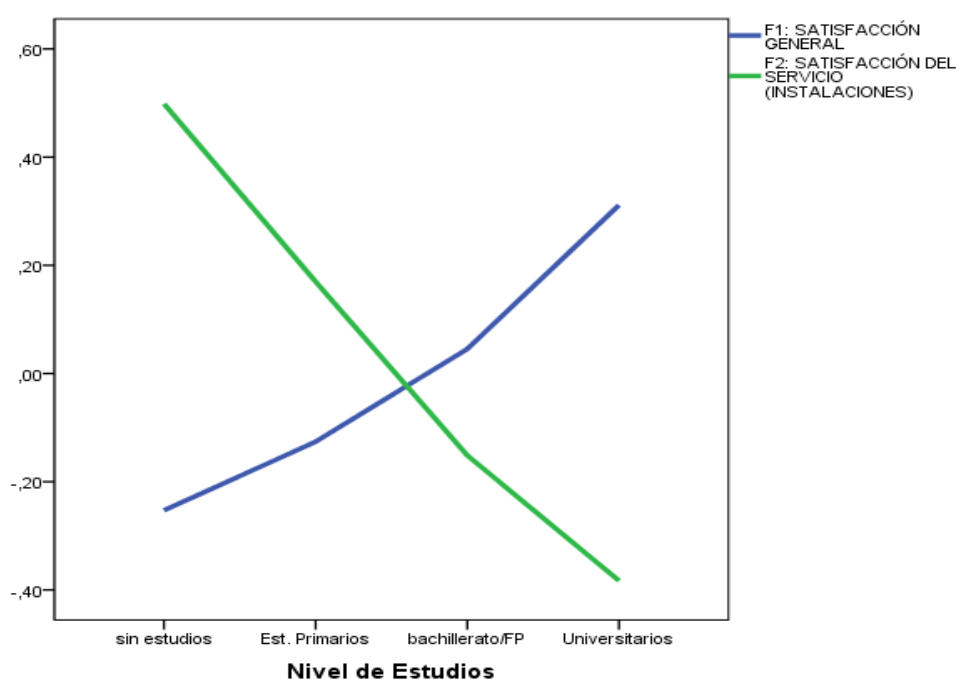


Figura 16: Relación entre la variable “Nivel de Estudios” y los factores “Satisfacción general” y “Satisfacción con el servicio”.

También se encontró relación entre variables y factores entre la variable “Tratamiento de Fisioterapia propuesto” y el factor de respuesta “Satisfacción del servicio”. Aquí se muestra de forma muy clara cómo los usuarios que tienen propuesto algún tipo de tratamiento fisioterapéutico están más insatisfechos con el servicio (instalaciones) (**Figura 17**).

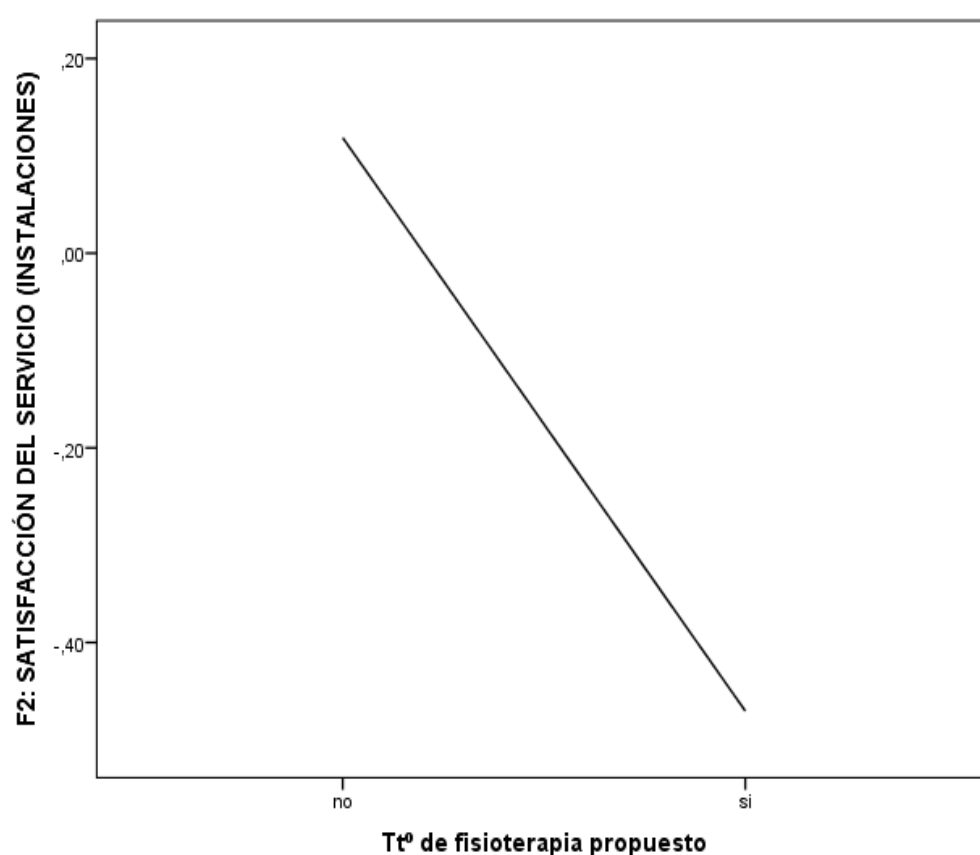


Figura 17: Relación entre la variable “Tratamiento de Fisioterapia propuesto” y el factor “Satisfacción con el servicio”.

Por último, también encontramos relación entre los factores “Satisfacción General”, “Satisfacción del servicio”, “Satisfacción relación fisioterapeuta-paciente” y “Satisfacción en relación a otras unidades” en función del Hospital de pertenencia. Podemos indicar que, en el Hospital Virgen de la Macarena se encuentran los más satisfechos a nivel general y los más insatisfechos a nivel servicio (instalaciones) y en la relación a otras unidades. En cambio, en el Hospital Virgen de Valme, es donde se encuentran los más satisfechos con el servicio y en relación con otras unidades pero los más insatisfechos a nivel general. En el Hospital Virgen del Rocío, destaca la mayor satisfacción en la relación Fisioterapeuta-paciente de los tres Hospitales de pertenencia como indica la **Figura 18**.

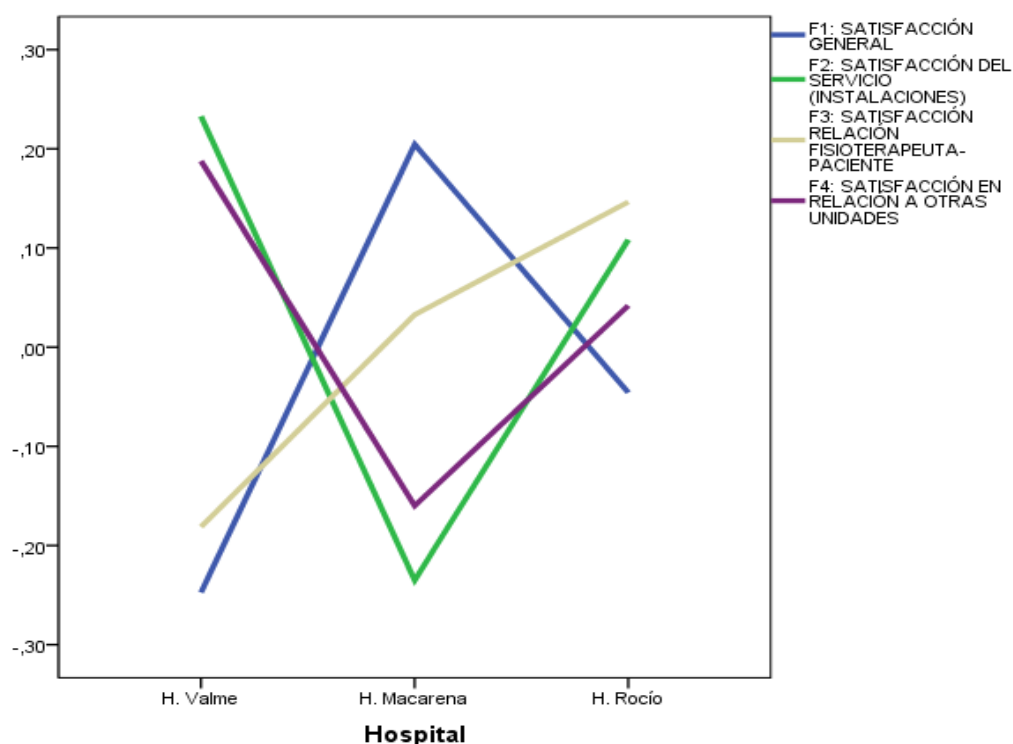


Figura 18: Relación de los factores “Satisfacción General”, “Satisfacción del servicio”, “Satisfacción relación fisioterapeuta-paciente” y “Satisfacción en relación a otras unidades” en función del Hospital de pertenencia.

Fue pertinente realizar un estudio detallado de las preguntas 7 y 8 del cuestionario sociosanitario administrado a los usuarios del estudio. Se realizó un análisis descriptivo, aplicando el test estadístico Chi-cuadrado, para así conocer si existe relación entre lo que se modificaría y lo que se mantendría de la Unidad de Fisioterapia y el hospital al que pertenece el usuario.

Tabla 3: Respuesta a la pregunta: ¿Qué modificaría en su opinión sobre la Unidad de Fisioterapia?

	N	%
Nada	91	32,3
Mayor espacio	37	13,1
Mobiliario y equipamiento	46	16,3
Horarios más amplios (turno de tarde)	3	1,1
Tiempo de espera y puntualidad	13	4,6
Mayor nº de sesiones y más tiempo de tratamiento	9	3,2
Sala de espera	1	,4
Mas fisioterapeutas	21	7,4
Falta de intimidad	24	8,5
Higiene y limpieza	9	3,2
Factores ambientales: ruido, iluminación natural, ventilación y tª ambiente	8	2,8
Vestuarios	1	,4
Menor ratio de pacientes por fisioterapeuta	9	3,2
Sistema informático	1	,4
Piscina	3	1,1
Más opciones de tratamiento fisioterapéutico	1	,4
Transporte	4	1,4
Acceso de acompañante	1	,4
Total	282	100,0

En la **Tabla 3** se observa que casi un tercio de los usuarios, 32,3 %, no cambiaría nada de la unidad de fisioterapia. Si no fijamos en las principales propuesta de cambio, vienen dadas respecto al mobiliario y equipamiento (16,3%) y a la solicitud de un mayor espacio (13,1%).

Si realizamos el análisis de las propuestas de cambio en función del hospital (**Tabla 4**), es el hospital Virgen del Rocío el que destaca ya que la mayoría de los usuarios no cambiaría nada de la unidad de fisioterapia. Si nos referimos a los resultados mostrados para los Hospitales Virgen de Valme y Virgen de la Macarena, los usuarios indicaron como relevantes las siguientes propuestas de cambio. Estos datos mostraron un p-valor menor de 0,05, resultando estadísticamente significativos:

- **Hospital Virgen de Valme**

- Mayor espacio (29,2% del total de usuarios)
- Transporte (4,6% del total de usuarios)
- Factores ambientales (6,2% del total de usuarios)

- **Hospital Virgen de la Macarena**

- Tiempo de espera y puntualidad (7,2% del total de usuarios)
- Más fisioterapeutas (10,8% del total de usuarios)
- Falta de intimidad (15,1% del total de usuarios)
- Higiene y limpieza (6,5% del total de usuarios)

Tabla 4: Distribución de las propuestas de modificación por hospitales

	Virgen de Valme		Virgen Macarena		Virgen del Rocío	
	N	%	N	%	N	%
Nada	35	38,5	25	18	41	52,6
Mayor espacio	19	29,2	17	12,2	1	1,3
Mobiliario y equipamiento	3	4,6	28	20,1	15	19,2
Horarios más amplios (turno de tarde)	1	1,5	-	-	2	2,6
Tiempo de espera y puntualidad	1	1,5	10	7,2	2	2,6
Mayor nº de sesiones y más tiempo de tratamiento	3	4,6	1	0,7	5	6,4
Sala de espera	-	-	-	-	1	1,3
Más fisioterapeutas	2	3,1	15	10,8	4	5,1
Falta de intimidad	1	1,5	21	15,1	2	2,6
Higiene y limpieza	-	-	9	6,5	-	-
Factores ambientales: ruido, iluminación natural, ventilación y tª ambiente	4	6,2	2	1,4	2	2,6
Vestuarios	1	1,5	-	-	-	-
Menor ratio de pacientes por fisioterapeuta	2	3,1	6	4,3	1	1,3
Sistema informático	-	-	1	0,7	-	-
Piscina	-	-	3	2,2	-	-
Más opciones de tratamiento fisioterapéutico	-	-	-	-	1	1,3
Transporte	3	4,6	1	0,7	-	-
Acceso de acompañante	-	-	-	-	1	1,3

Tabla 5: Respuesta a la pregunta: ¿Qué aspecto le parece más positivo de la Unidad de Fisioterapia?

	N	%
Todo	23	7,4
Trato dispensado o relación fisioterapeuta/paciente	233	74,9
Recuperar movilidad	6	1,9
Información y educación para la salud	15	4,8
Masoterapia	6	1,9
Limpieza	1	,3
Vestuarios para pacientes	1	,3
Ejercicios físicos y terapia manual	12	3,9
Eficacia	2	,6
Aparatos de electroterapia	4	1,3
Condiciones ambientales: iluminación natural, ventilación y tª ambiente	1	,3
Puntualidad	1	,3
Relación entre los pacientes	5	1,6
Tiempo de tratamiento	1	,3
Total	311	100,0

La **tabla 5** muestra los aspectos que son destacados como positivos por parte de los usuarios que reciben tratamiento de Fisioterapia. Los resultados indican que 3 de cada 4 usuarios (74,9 %) indican la cuestión más positiva de la unidad de fisioterapia el “trato dispensado o la relación fisioterapia/paciente”. A continuación, aparece el ítem de “todo” con un 7,4% y la “información sobre educación para la salud”, pero con un distanciamiento muy considerable (4,8%)

La **tabla 6**, que aparece a continuación, muestra los aspectos que son destacados como positivos por parte de los usuarios que reciben tratamiento de Fisioterapia en función de los hospitales de procedencia. Es llamativo observar cómo el hospital Virgen de Valme no destaca en ningún punto concreto como aspecto positivo de su Unidad de Fisioterapia. Del hospital Virgen de la Macarena destaca el “trato dispensado o la relación fisioterapia/paciente” con un 82,9%, siendo la Unidad de Fisioterapia que ofrece los resultados más positivos. Los usuarios que describen con un porcentaje mayor que les parece todo positivo fueron los pertenecientes al hospital Virgen del Rocío, con un 14,9%. Además, este hospital también destaca como positivo “recuperar la movilidad” (5,3%) y la “información y educación para la salud” (9,6%).

Tabla 6: Distribución de los aspectos más destacados de la Unidad de Fisioterapia por hospitales.

	Virgen de Valme		Virgen Macarena		Virgen del Rocío	
	N	%	N	%	N	%
Todo	5	7	4	2,7	14	14,9
Trato dispensado o relación fisioterapeuta/paciente	54	76,1	121	82,9	58	61,7
Recuperar movilidad	1	1,4	-	-	5	5,3
Información y educación para la salud	1	1,4	5	3,7	9	9,6
Masoterapia	1	1,4	3	2,1	2	2,1
Limpieza	-	-	1	0,7	-	-
Vestuarios para pacientes	1	1,4	-	-	-	-
Ejercicios físicos y terapia manual	-	-	7	4,8	5	5,3
Eficacia	1	1,4	-	-	1	1,1
Aparatos de electroterapia	2	2,8	2	1,4	-	-
Condiciones ambientales:						
iluminación natural, ventilación y t^a ambiente	1	1,4	-	-	-	-
Puntualidad	1	1,4	-	-	-	-
Relación entre los pacientes	2	2,8	3	2,1	-	-
Tiempo de tratamiento	1	1,4	-	-	-	-

4.4 FIABILIDAD Y CONSISTENCIA INTERNA DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DISEÑADO.

Fiabilidad

Para el análisis de la fiabilidad del cuestionario CSF se va a utilizar el valor alpha de Cronbach, que es una medida de la consistencia interna del cuestionario, es decir, mide la magnitud en que los ítems están correlacionados. Aplicándolo en los 20 ítems del cuestionario, se obtiene un valor de 0,927, por lo que se puede decir que el cuestionario muestra una fiabilidad óptima.

Validez

Para estudiar la validez de constructo aplicamos el análisis de componentes principales, mediante el programa SPSS 19.0, con el objeto de identificar un solo factor “fuerte” bien relacionado con el conjunto de ítems (indicadores del constructo) y por tanto representativo del constructo teórico: satisfacción del usuario de la unidad de fisioterapia. El análisis factorial realizado sobre los 20 ítems del cuestionario diseñado muestran indicadores estadísticos satisfactorios sobre la unidimensionalidad del cuestionario. Entre los estadísticos, destacan la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (0,922), que puede considerarse meritorio. Asimismo, la prueba de Bartlett nos permite rechazar la hipótesis nula (esfericidad) con un nivel de significación cercano a cero (0,000) (**tabla 7**).

Para el estudio de la validez del cuestionario, la herramienta estadística a utilizar es el análisis factorial, ya que lo que se pretende obtener es conocer las relaciones existentes entre los ítems para poder simplificarlos en un conjunto de factores-variables no directamente observables, que sean fácilmente interpretables y los menos factores posibles. El análisis factorial ayuda a identificar variables que explican las correlaciones

existentes entre los ítems. Para ello se va a utilizar el modelo de rotación ortogonal varimax.

Se toman como referencia los 20 ítems. El estadístico de contraste resultante es de 3.598,68 con 190 grados de libertad y significación <.001, por lo que se puede concluir que significativamente, a cualquier nivel existe correlación entre alguna de las variables.

Tabla 7: KMO y Prueba de Bartlett

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		
		,922
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3598,684
	gl	190
	Sig.	,000

La **tabla 8** expresa la distribución de varianza explicada por los diversos factores extraídos, identificándose, tal como corresponde a un análisis de componentes principales, un primer factor más fuerte (20,605 % de varianza explicada) el del segundo fue de 19,789 %, el del tercero de 14,319 % y el del cuarto 12,042 %. Por tanto, la varianza total explicada es de 66,753 %.

Tabla 8: Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,812	44,058	44,058	8,812	44,058	44,058	4,121	20,605	20,605
2	2,415	12,076	56,134	2,415	12,076	56,134	3,958	19,789	40,393
3	1,119	5,596	61,730	1,119	5,596	61,730	2,864	14,319	54,712
4	1,005	5,023	66,753	1,005	5,023	66,753	2,408	12,042	66,753
5	,824	4,119	70,873						
6	,699	3,493	74,366						
7	,612	3,058	77,424						
8	,576	2,882	80,307						
9	,495	2,475	82,781						
10	,472	2,358	85,139						
11	,466	2,330	87,469						
12	,418	2,090	89,559						
13	,359	1,796	91,356						

14	,330	1,649	93,004						
15	,282	1,411	94,416						
16	,271	1,354	95,770						
17	,254	1,268	97,038						
18	,228	1,140	98,178						
19	,193	,963	99,141						
20	,172	,859	100,000						
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.									

En la matriz de componentes rotados (**Tabla 9**), se puede observar como este primer factor se relaciona convenientemente con el conjunto de los ítems; dando cuenta de la naturaleza común del constructo representado de ese factor y evidenciada con las correlaciones de cada ítems (indicador) en este primer constructo.

Tabla 9: Matriz de componentes rotados

	Componente			
	1	2	3	4
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 1	,807	,209	,134	,133
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 2	,475	,314	,001	,369
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 3	,096	,835	,083	,149
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 4	,184	,821	,141	,077
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 5	,096	,807	,046	,215
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 6	,252	,334	,125	,545
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 7	,241	,611	,141	,307
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 8	,636	,163	,321	,331
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 9	,203	,293	,137	,777
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 10	,841	,092	,192	,098
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 11	,464	,246	,222	,394
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 12	,733	-,004	,275	,271
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 13	,185	,067	,329	,790
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 14	,086	,634	,430	,134
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 15	,033	,716	,356	,086
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 16	,737	,067	,365	,091

Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 17	,431	,197	,672	,243
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 18	,203	,227	,696	,263
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 19	,478	,216	,675	,058
Cuestionario de Satisfacción de Fisioterapia (CSF) 20	,350	,259	,743	,220
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 7 interacciones.				

Los factores resultantes fueron:

Factor 1

- Cómo se encuentra de satisfecho con la atención fisioterapéutica recibida en esta Unidad (CSF1)
- Qué opinión tiene sobre el horario de asistencia que le ofrecieron (CSF2)
- Cómo entendió la información que le daba el/la fisioterapeuta (CSF8)
- Qué grado de confianza tiene en la asistencia que le ha prestado el/la fisioterapeuta (CSF10)
- Cómo cree que se ha respetado la confidencialidad o el secreto profesional de los datos clínicos (CSF11)
- Cómo valora el respeto con el que le ha tratado el/la fisioterapeuta (CSF12)
- Cómo valora la disposición del fisioterapeuta para oírle cuando lo ha necesitado (CSF16)

Factor 2

- Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de espera (CSF3)
- Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de tratamiento (CSF4)
- Cómo valora el material de la sala de tratamiento (camillas, aparatos, sistemas de poleas) (CSF5)
- Cómo le resultó la limpieza de la Unidad de fisioterapia (CSF7)
- Cómo valora el grado de intimidad mientras el /la fisioterapeuta le realizaba el tratamiento (CSF14)
- Compartió box de tratamiento individual con otros pacientes mientras el/la fisioterapeuta le realizaba la sesión (CSF15)

Factor 3

- Cómo considera la información que le dieron sobre el tratamiento fisioterapéutico que le realizaron (CSF17)
- Hasta qué punto le permitieron dar su opinión sobre el tratamiento que le realizaron (CSF18)
- Cómo valora las pruebas o exploraciones previas al tratamiento, realizadas por parte del fisioterapeuta (CSF19)
- Cómo considera la información que le dieron sobre las pruebas o exploraciones realizadas por parte del fisioterapeuta (CSF20)

Factor 4

- Cómo le resultó orientarse para localizar la Unidad de Fisioterapia (CSF6)
- Cómo entendió la información que le daban otros/as profesionales (administrativos, médicos, auxiliares de enfermería, celadores) (CSF9)
- Cómo valora el respeto con el que le han tratado los otros/as profesionales (celadores, médicos, administrativos, auxiliares de enfermería) (CSF13)

Los cuatro factores resultantes se refieren a los siguientes cuatro grupos de satisfacción (factores agrupados como variables para su análisis posterior).

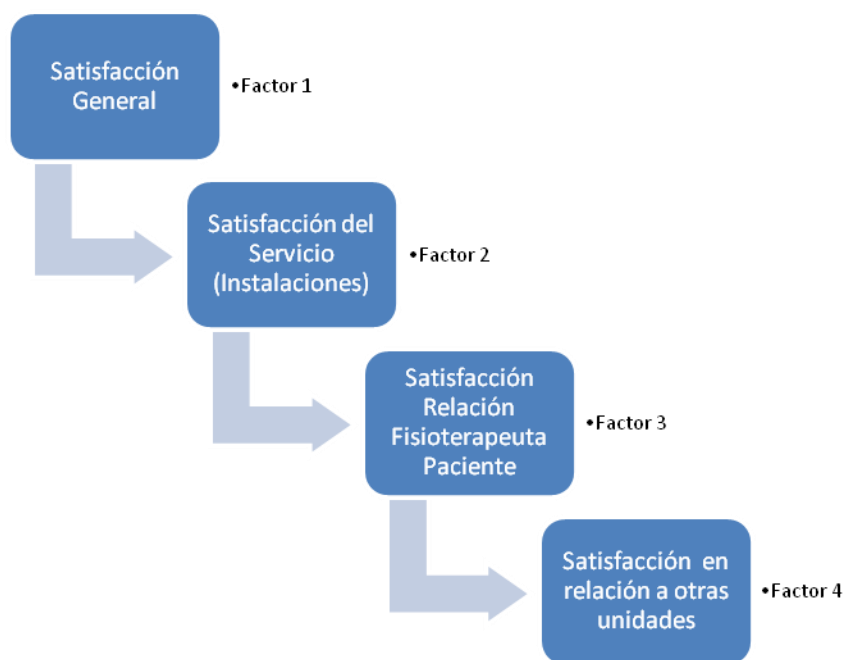


Figura 19: Satisfacción del usuario. Factores resultantes

4.5 DESCRIPTIVOS E ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Los detalles de frecuencia y porcentaje por ítem se detallan en la siguiente tabla. Se señalan en verde aquellos ítems con un porcentaje de satisfacción mayor del 80 por ciento. En amarillo los que presentan incertidumbre en su satisfacción, es decir, entre el 60 y el 80 por ciento. En rojo se señalan los ítems que muestran una clara insatisfacción por parte del usuario, esto es, con un porcentaje menor del 60 por ciento.

Tabla 10: Frecuencia y porcentaje hallado en los ítems del cuestionario de satisfacción diseñado.

	Insatisfecho / Mal		Satisfecho / Bien	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la atención fisioterapéutica recibida en esta Unidad?	15	4	364	96
2. ¿Qué opinión tiene sobre el horario de asistencia que le ofrecieron?	95	25,3	280	74,7
3. ¿Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de espera?	188	50,8	182	49,2
4. ¿Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de tratamiento?	142	38,5	227	61,5
5. ¿Cómo valora el material de la sala de tratamiento (camillas, aparatos, sistemas de poleas)	140	38,6	223	61,4
6. ¿Cómo le resultó orientarse para localizar la Unidad de Fisioterapia?	84	22,5	290	77,5
7. ¿Cómo le resultó la limpieza de la Unidad de fisioterapia?	67	17,9	307	82,1
8. ¿Cómo entendió la información que le daba el/la fisioterapeuta?	24	6,4	351	93,6
9. ¿Cómo entendió la información que le daban otros/as profesionales? (administrativos, médicos, auxiliares de enfermería, celadores)	75	20,5	290	79,5

10. ¿Qué grado de confianza tiene en la asistencia que le ha prestado el/la fisioterapeuta?	21	5,6	354	94,4
11. ¿Cómo cree que se ha respetado la confidencialidad o el secreto profesional de los datos clínicos?	33	9	333	91
12. ¿Cómo valora el respeto con el que le ha tratado el/la fisioterapeuta?	16	4,2	362	95,8
13. ¿Cómo valora el respeto con el que le han tratado los otros/as profesionales? (celadores, médicos, administrativos, auxiliares de enfermería)	53	14,3	317	85,7
14. ¿Cómo valora el grado de intimidad mientras el/la fisioterapeuta le realizaba el tratamiento?	113	30,5	258	69,5
15. ¿Compartió box de tratamiento individual con otros pacientes mientras el /la fisioterapeuta le realizaba la sesión?	166	46,1	194	53,9
16. ¿Cómo valora la disposición del fisioterapeuta para oírle cuando lo ha necesitado?	20	5,4	351	94,6
17. ¿Cómo considera la información que le dieron sobre el tratamiento fisioterapéutico que le realizaron?	50	13,5	321	86,5
18. ¿Hasta qué punto le permitieron dar su opinión sobre el tratamiento que le realizaron?	80	22,5	275	77,5
19. ¿Cómo valora las pruebas o exploraciones previas al tratamiento, realizadas por parte del fisioterapeuta?	46	12,5	321	87,5
20. ¿Cómo considera la información que le dieron sobre las pruebas o exploraciones realizadas por parte del fisioterapeuta?	45	12,3	321	87,7

La tabla 10 mostró resultados por encima del 80% para los ítems 1,7,8,10,11,12,13,16,17,19 y 20. Dentro de estos ítems se encuentran incluidos todos los pertenecientes al factor “Satisfacción General” a excepción del ítem nº2. Entre los resultados que se muestran entre el 60 y el 80% se encuentran los ítem nº2,4, 5, 6, 9,14 y 18. Los ítems que se muestran entre el 60 y 80% se encuentran repartidos entre la totalidad de factores, encontrándose 3 de ellos en el factor “Satisfacción con el servicio” (ítem nº4,5,14), 1 con el factor “Satisfacción relación fisioterapeuta-paciente (ítem nº18) y otros 2 en el factor “Satisfacción en relación a otras unidades” (ítem nº6 y 9), apareciendo también en este rango el ítem nº2 perteneciente al factor 2 “Satisfacción general”. Por último, tan sólo aparecen dos ítem por debajo del 60% de satisfacción (ítem nº3 y nº15), ambos pertenecientes al factor “Satisfacción con el servicio”.

En líneas generales podemos indicar que la “Satisfacción general” y la “Satisfacción relación fisioterapeuta-paciente” fueron los factores que obtuvieron mejores tasas de satisfacción generales por este orden, siendo la “Satisfacción con el servicio” la que peores resultados obtuvo.

4.6 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

4.6.1 COMPARACIÓN ENTRE LOS VALORES INICIALES (PRETEST) Y FINALES (POSTEST) DE LA MUESTRA

Las **tablas nº11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22** de este apartado reflejan el número de sujetos que responde a cada uno de los ítems y los porcentajes alcanzados entre el pretest y posttest, hallándose mejoras en todas las dimensiones del cuestionario. A continuación, se exponen los resultados obtenidos para cada ítem.

Tabla 11: Tasa de respuesta a la pregunta nº1 del cuestionario SF-12

En general, Vd. Considera que su salud es:

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Excelente	10	2,6	11	2,9
Muy buena	52	13,5	64	16,7
Buena	181	47,1	219	57,2
Razonable	115	29,9	78	20,4
Mala	26	6,8	11	2,9

El principal cambio se sitúa en el aumento de usuarios que considera tras el tratamiento de fisioterapia que su estado de salud es “bueno”, aumentando con respecto al pretest en un 10%. Del mismo modo, aumentan los usuarios que registran en el posttest los ítems de “Excelente” y “Muy buena”, descendiendo las respuestas de “razonable” y “mala”.

Las siguiente áreas son sobre actividades que Vd. podría realizar durante un día normal ¿Su salud limita la realización de estas actividades? Si es así, ¿Cuánto?

Tabla 12: Tasa de respuesta a la pregunta nº2 del cuestionario SF-12

Actividades moderadas, como mover una mesa, pasar una aspiradora, jugar a los bolos o al golf

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí, mucho	92	24	40	10,4
Sí, un poco	200	52,2	211	55,1
No	91	23,8	132	34,5

Tabla 13: Tasa de respuesta a la pregunta nº3 del cuestionario SF-12

Subir varios escalones suaves

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí, mucho	74	19,4	27	7,1
Sí, un poco	135	35,3	160	42
No	173	45,3	194	50,9

¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias, como consecuencia de su salud?

Tabla 14: Tasa de respuesta a la pregunta nº4 del cuestionario SF-12

Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí	311	81,2	196	51,2
No	72	18,8	187	48,8

Tabla 15: Tasa de respuesta a la pregunta nº5 del cuestionario SF-12

Ha estado más o menos limitado en su trabajo

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí	337	88	272	71
No	46	12	111	29

¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias, como consecuencia de problemas emocionales (tales como depresión o ansiedad)?

Tabla 16: Tasa de respuesta a la pregunta nº6 del cuestionario SF-12

Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí	240	62,5	127	33,3
No	141	36,7	254	66,7

Tabla 17: Tasa de respuesta a la pregunta nº7 del cuestionario SF-12

No ha realizado su trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como es habitual

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sí	231	60,6	163	42,7
No	150	39,4	219	57,3

Tabla 18: Tasa de respuesta a la pregunta nº8 del cuestionario SF-12

¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias (incluyendo el trabajo fuera de casa y en casa)? Si es así, ¿cuánto?

	Pre		Post	
	N	%	N	%
No, en absoluto	20	5,2	13	3,4
Un poco	84	21,9	98	25,7
Moderadamente	88	22,9	162	42,4
Bastante	149	38,8	94	24,6
Extremadamente	43	11,2	15	3,9

Estas cuestiones son relativas a como Vd. se encuentra y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. Para cada cuestión por favor, dé una respuesta lo más cercana a como se haya encontrado ¿Cuánto tiempo durante las 4 semanas pasadas?

Tabla 19: Tasa de respuesta a la pregunta nº9 del cuestionario SF-12

¿Se ha sentido calmado y tranquilo?

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Todo	23	6	29	7,6
Bastante	91	23,7	150	39,2
Moderado	132	34,4	132	34,5
Algo	51	13,3	49	12,8
Poco	67	17,4	19	5
Nada	20	5,2	4	1

Tabla 20: Tasa de respuesta a la pregunta nº10 del cuestionario SF-12

¿Ha tenido mucha energía?

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Todo	11	2,9	13	3,4
Bastante	78	20,4	104	27,1
Moderado	137	35,8	173	45,1
Algo	65	17	61	15,9
Poco	79	20,6	29	7,6
Nada	13	3,4	3	0,8

Tabla 21: Tasa de respuesta a la pregunta nº11 del cuestionario SF-12

¿Se ha sentido desanimado?

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Todo	13	3,4	16	4,2
Bastante	66	17,2	45	11,7
Moderado	95	24,7	84	21,9
Algo	101	26,3	111	28,9
Poco	66	17,2	82	21,4
Nada	42	10,9	44	11,5

Tabla 22: Tasa de respuesta a la pregunta nº12 del cuestionario SF-12

¿Durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo sus problemas de salud física o emocional han interferido con sus actividades sociales (como visitas con amigos, parientes, etc.)?

	Pre		Post	
	N	%	N	%
Todo el tiempo	41	10,7	28	7,3
La mayor parte	74	19,3	53	13,8
Algún momento	149	38,8	146	38,1
En pocos momentos	64	16,7	95	24,8
Nada	56	14,6	61	15,9

4.6.2 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA UNO DE LOS ÍTEM DEL CUESTIONARIO SF-12 CATEGORIZADO EN FUNCIÓN DE LA EVOLUCIÓN (EMPEORA, IGUAL, MEJORA)

Una vez realizado el análisis descriptivo de cada uno de los ítems del cuestionario, se realizó un estudio sobre la evolución de las respuestas por preguntas, esto es, si ha habido una respuesta más negativa, positiva o se ha mantenido igual antes y después de la intervención (**Tabla 23**).

Se obtuvo que el ítem 11 (¿se ha sentido desanimado?) fue el que mayores valores de empeoramiento mostró, con un 39% de los pacientes (n=149). Respecto a los ítems que mostraron una respuesta similar o igual entre el antes y después del tratamiento, se encuentran el ítem 1,3 y 5. El ítem 1 (En general, Vd. Considera que su salud es:) mostró que el 67,4% se mantiene igual, mejorando tan sólo el 26,4% del total de pacientes. El ítem 3 (Limitación al subir varias escaleras suaves) y el ítem 5 (Ha estado más o menos limitado en su trabajo) mostraron en un 64,2% y en un 78,3% sentirse igual antes y después del tratamiento de Fisioterapia. Los ítems 8, 9 y 10 fueron los que mejores resultados mostraron. El ítem 8 (¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias (incluyendo el trabajo fuera de casa y en casa)? Si es así, ¿cuánto?) Obtuvo una mejora del 43, 5%, el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) mostró una mejora en el 40,2% de los pacientes atendidos, siendo el ítem 9 (¿se ha sentido calmado y tranquilo?) el que mejores resultados obtuvo, refiriendo el 44,9% del total de sujetos una mejora para este ítem.

Tabla 23: Evolución de las respuestas (empeora, Igual, Mejora) tras el tratamiento de Fisioterapia

	Empeora		Igual		Mejora	
	N	%	N	%	N	%
ITEM 1	24	6,3	258	67,4	101	26,4
ITEM 2	29	7,6	235	61,4	119	31,1
ITEM 3	38	10	244	64,2	98	25,8
ITEM 4	14	3,7	240	62,7	129	33,7
ITEM 5	9	2,3	300	78,3	74	19,3
ITEM 6	15	4	236	62,3	128	33,8
ITEM 7	23	6,1	266	70	91	23,9
ITEM 8	70	18,3	146	38,2	166	43,5
ITEM 9	33	8,6	178	46,5	172	44,9
ITEM 10	37	9,7	192	50,1	154	40,2
ITEM 11	149	39	142	37,2	91	23,8
ITEM 12	53	13,8	197	51,4	133	34,7

4.6.3 COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN (EMPEORA, IGUAL, MEJORA) DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DESCRITAS (SEXO, ACTIVIDAD LABORAL Y NIVEL DE ESTUDIOS)

A continuación, se representan mediante diagramas de barras los cruces entre variables para establecer relación entre las mismas, destacando aquellas que han resultado significativas.

La **figura 20**, muestra la relación entre el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) y el nivel de estudios. Es llamativo observar cómo dentro de los que mejoran, los que obtuvieron mayores tasas de mejora fueron aquellos pacientes sin estudios (58,14%) mientras los que presentan una tasa de mejora inferior son los que presentan estudios universitarios (22,37%), siendo estos últimos los que se mantienen igual en una tasa superior al resto de pacientes con otros niveles de estudios (65,79%) tal y como muestra la **Figura 20**.

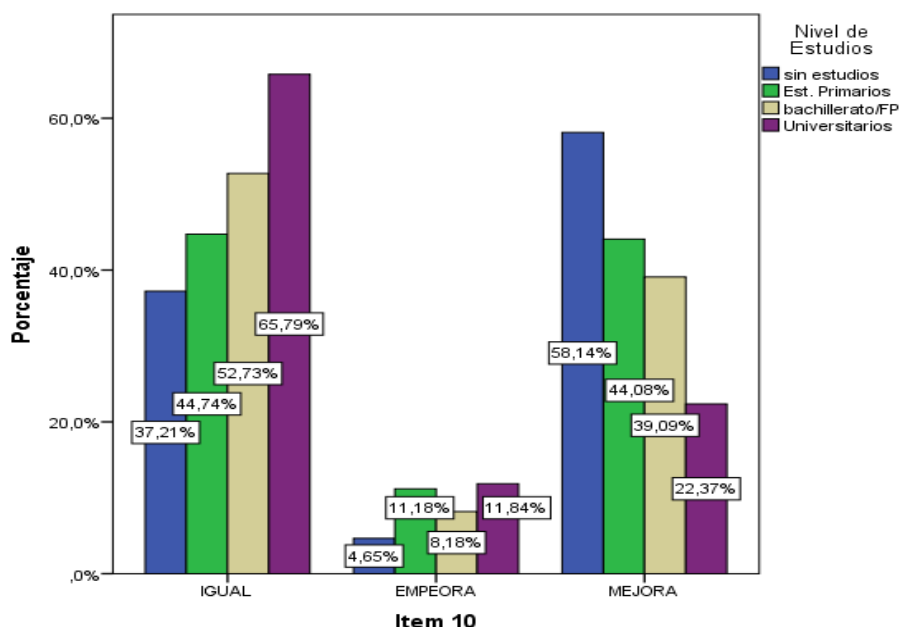


Figura 20: Comparación del ítem 10 del cuestionario diseñado en función del nivel de estudios

La **figura 21**, muestra la relación entre el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) y la variable sexo. Se observa cómo las mujeres mejoran en una tasa considerablemente mayor a la de los hombres (46,56% frente al 28,68%). También se observó diferencias de comportamiento por sexos en la categoría “Empeora”, siendo los hombres los que más empeoran con un 17,65% frente al 5,26% de las mujeres (**Figura 121**).

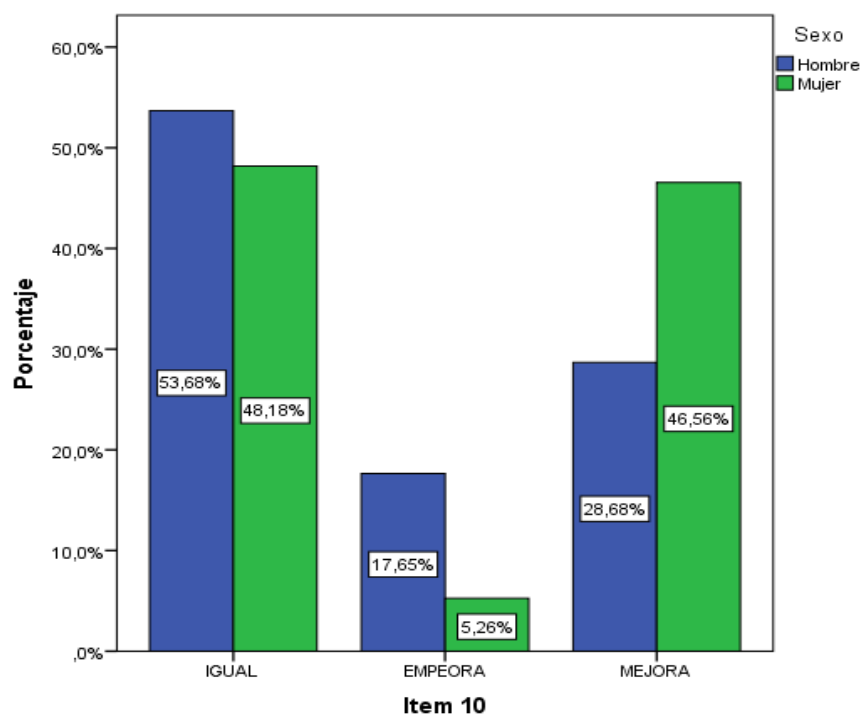


Figura 21: Comparación del ítem 10 del cuestionario diseñado en función del sexo

En relación a la consideración del paciente sobre su estado de salud general (ítem 1), la **figura 22**, muestra la relación existente entre el ítem 1 y la actividad laboral. Los resultados mostraron que la mayoría de los que mejoran su estado de salud general son los trabajadores autónomos con un 43,24%. La amplia mayoría de los pacientes, independientemente de su actividad laboral, no muestran cambios respecto a su estado de salud general, existiendo un 3,37% para los que se dedican a sus labores, un 13,51% de los que son autónomos, un 7,44% de los asalariados y un 5,26% de los que pertenecen a la categoría de “otros” los que indicaron un empeoramiento de su salud general (**Figura 22**).

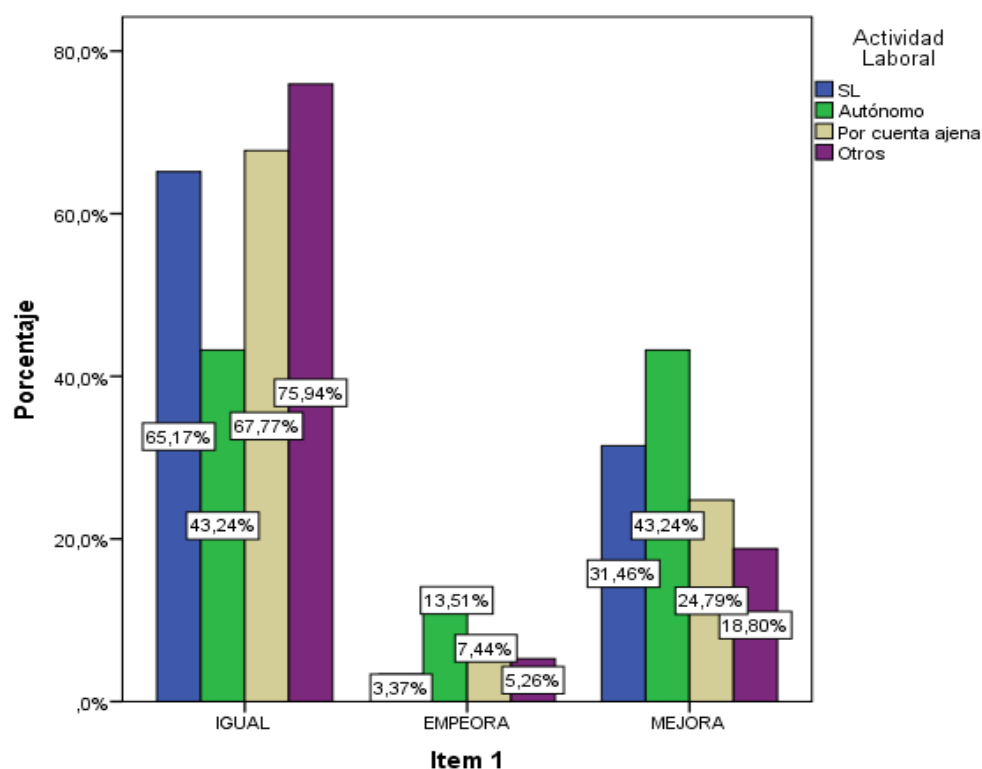


Figura 22: Comparación del ítem 1 del cuestionario diseñado en función de la actividad laboral

La **figura 23** muestra la relación existente entre el ítem 5 (Ha estado más o menos limitado en su trabajo) y la variable sexo. Los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes se mantiene igual (83,09% para los hombres y 75,71% para las mujeres), siendo las mujeres las que mayores mejoras logran para este ítem (22,67%) tal y como muestra la **figura 23**.

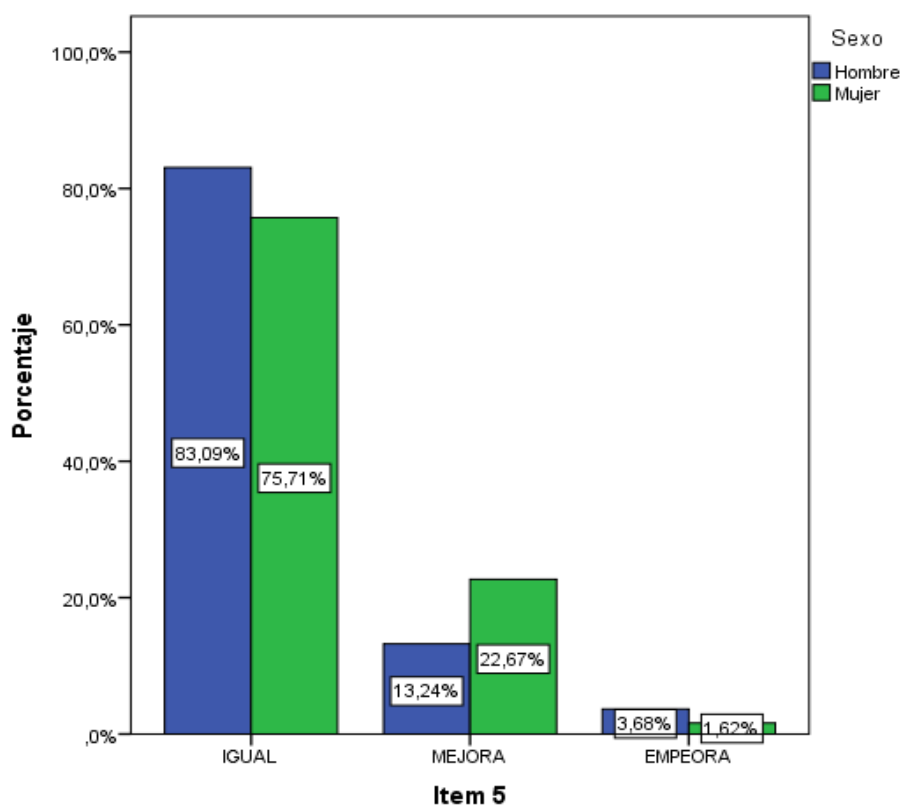


Figura 23: Comparación del ítem 5 del cuestionario diseñado en función del sexo

Si comparamos el ítem 8 del cuestionario SF-12 (¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias?) con la variable sexo, se observa que los que más empeoran para este ítem son los hombres de manera significativa con un 26,67%. Es conveniente indicar que la mayoría de los pacientes en esta pregunta obtienen resultados de mejoras, tanto en las mujeres, con un 46,56% como en los hombres con un 37,78% (**Figura 24**).

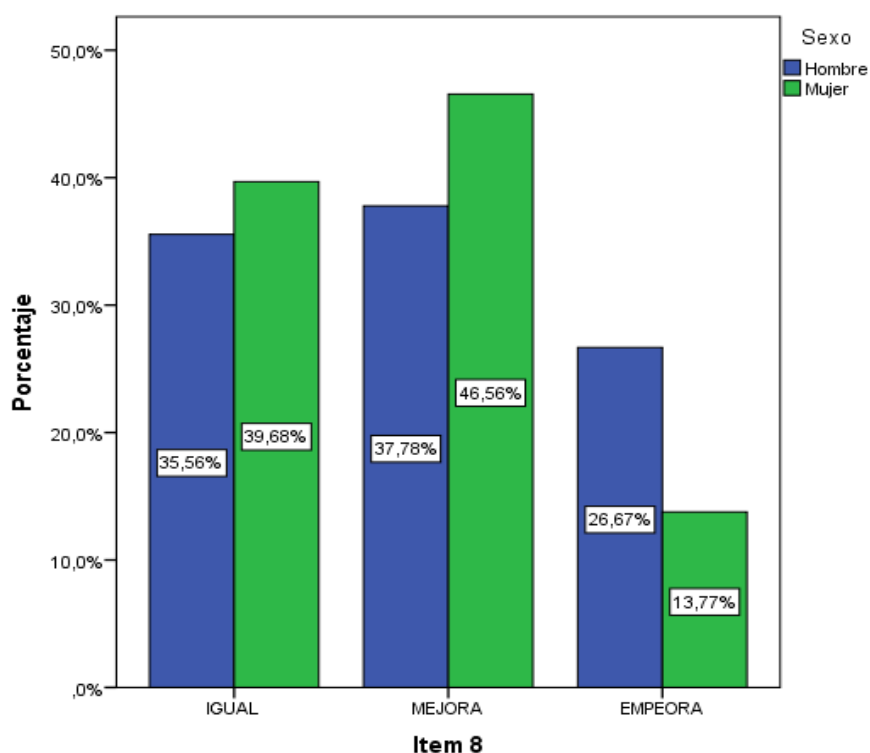


Figura 24: Comparación del ítem 8 del cuestionario diseñado en función del sexo

La **figura 25** también representa la relación existente entre el ítem 8(¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias?) Pero en este caso la variable sexo nivel de estudios. Este ítem muestra relaciones de mejora importantes para aquellos pacientes que mostraron tener estudios primarios (50,33%) y estudios universitarios (46,05%). Aquellos que indicaron poseer estudios primarios, representan en su mayoría mínimos cambios, encontrándose el 46,51% en la categoría “igual”. Por último, también se encontraron “igual” en un 42,73% los que presentaron estudios de secundaria o bachillerato.

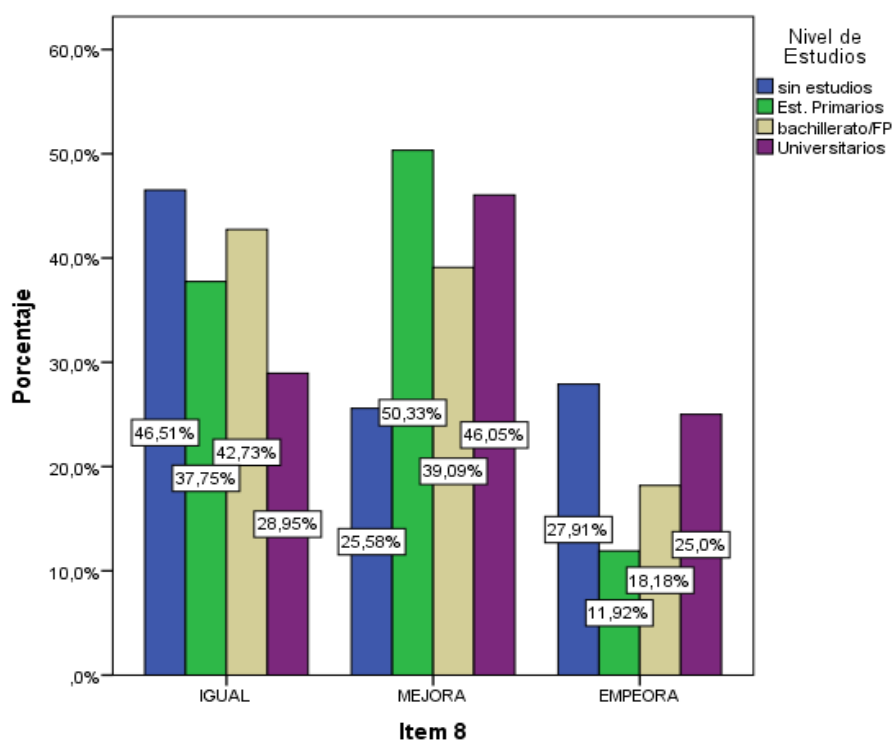


Figura 25: Comparación del ítem 8 del cuestionario diseñado en función del nivel de estudios

4.6.4 Comparación de la evolución (Empeora, Igual, Mejora) de los pacientes en función del hospital de procedencia (Hospital Virgen de Valme, Hospital Virgen de la Macarena, Hospital Virgen del Rocío)

La pregunta o ítem 8 del cuestionario SF-12(¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias?) también mostró relaciones de interés en función de la procedencia del paciente (**Figura 26**). Aquellos que realizaron tratamiento en el Hospital Virgen de la Macarena y Virgen del Rocío muestran elevados porcentajes de mejora, siendo estos de 53,25% y 55,95% respectivamente. Los pacientes atendidos en la Unidad de Fisioterapia del Hospital Virgen de Valme obtuvieron un empeoramiento del 54,26% frente al 9,57% que mejoran.

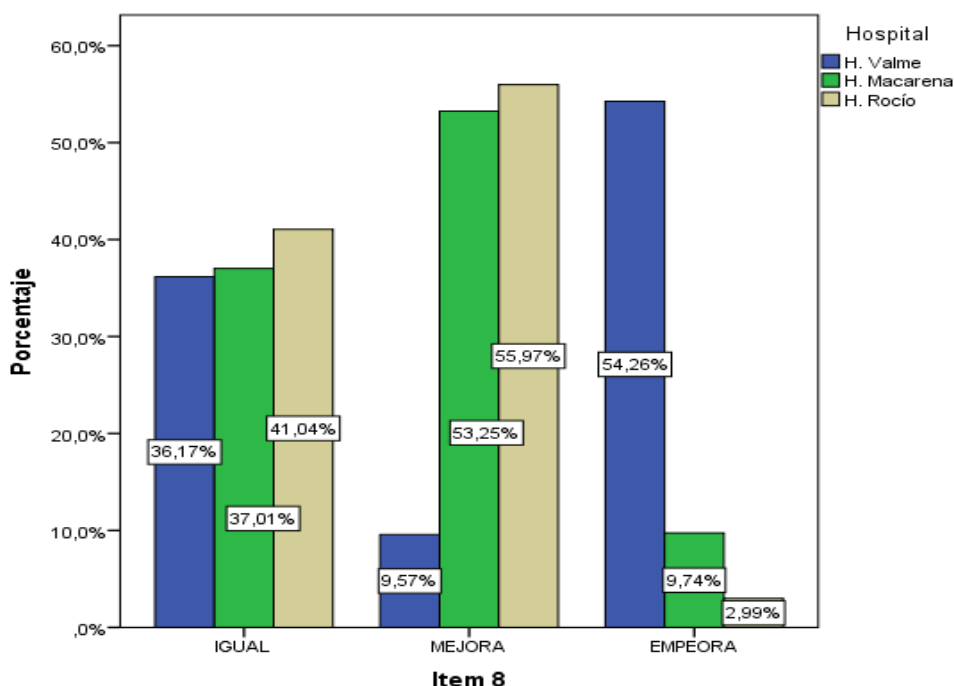


Figura 26: Comparación del ítem 8 del cuestionario diseñado en función del hospital de procedencia

Respecto al ítem 9 (¿Se ha sentido calmado y tranquilo en las últimas cuatro semanas?) es significativo observar cómo los pacientes procedentes del Hospital Virgen de Valme constituye el grupo que empeora más numeroso, siendo el Hospital Virgen del Rocío el que menos mejoras logra entre sus pacientes con un 36,30%, encontrándose “igual” la mayoría para este hospital (59,26%) tal y como muestra la **Figura 27**.

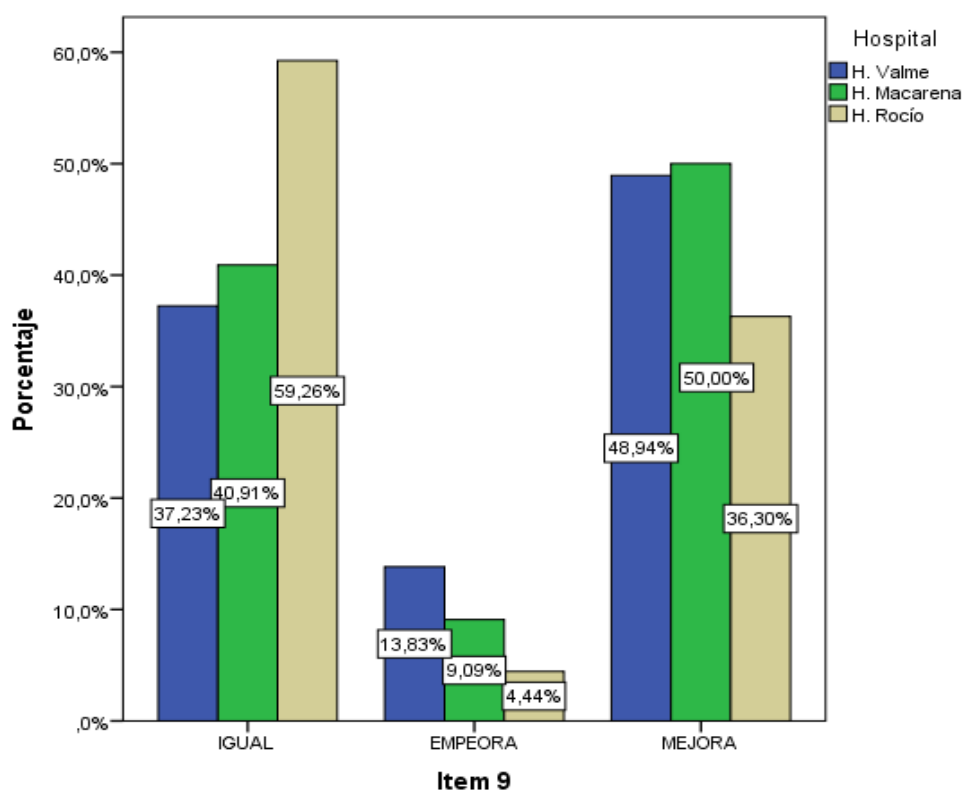


Figura 27: Comparación del ítem 9 del cuestionario diseñado en función del hospital de procedencia

La **figura 28** muestra la relación entre el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) en función del hospital de procedencia. Se observan diferencias de comportamientos por sexo, ya que los hombres son los que más empeoran (17,65%) frente a las mujeres, que son más propensas a mejorar en este ítem (46,56%).

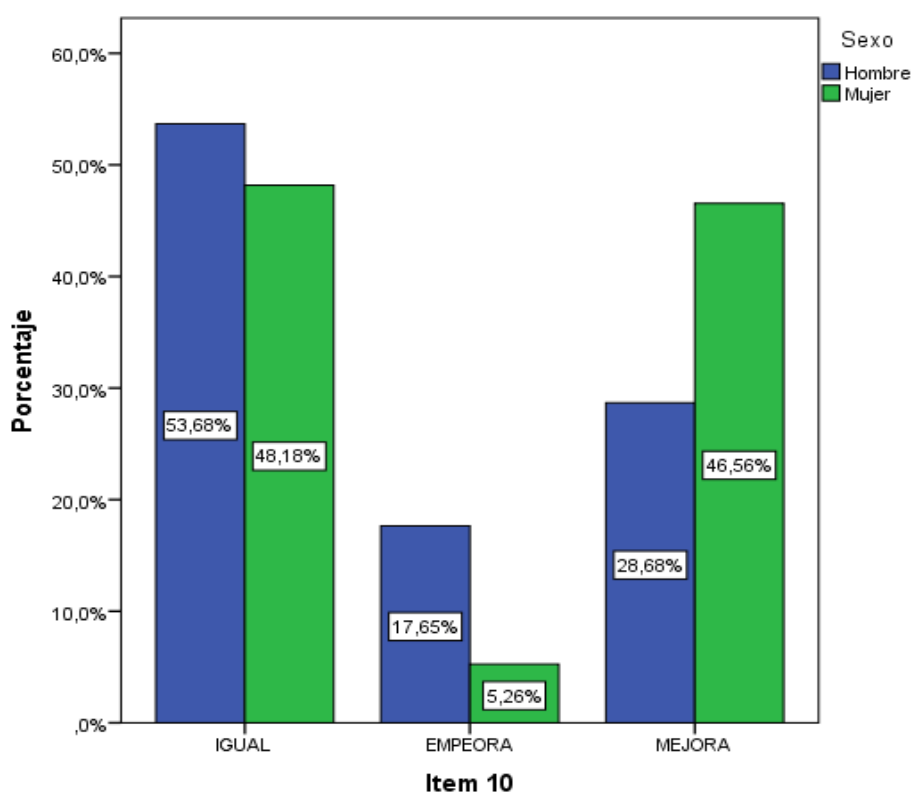


Figura 28: Comparación del ítem 10 del cuestionario diseñado en función del hospital de procedencia

En la **Figura 29**, que representa la relación entre el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) en función del nivel de estudios, destaca dentro de los pacientes que mejoran, los usuarios que declaran no tener estudios (58,14%) ocurriendo la situación inversa para los que presentan estudios universitarios, siendo el colectivo que más empeora con un 11,84%, si bien es cierto, la proporción global de usuarios que empeoran para este ítem es mínimo.

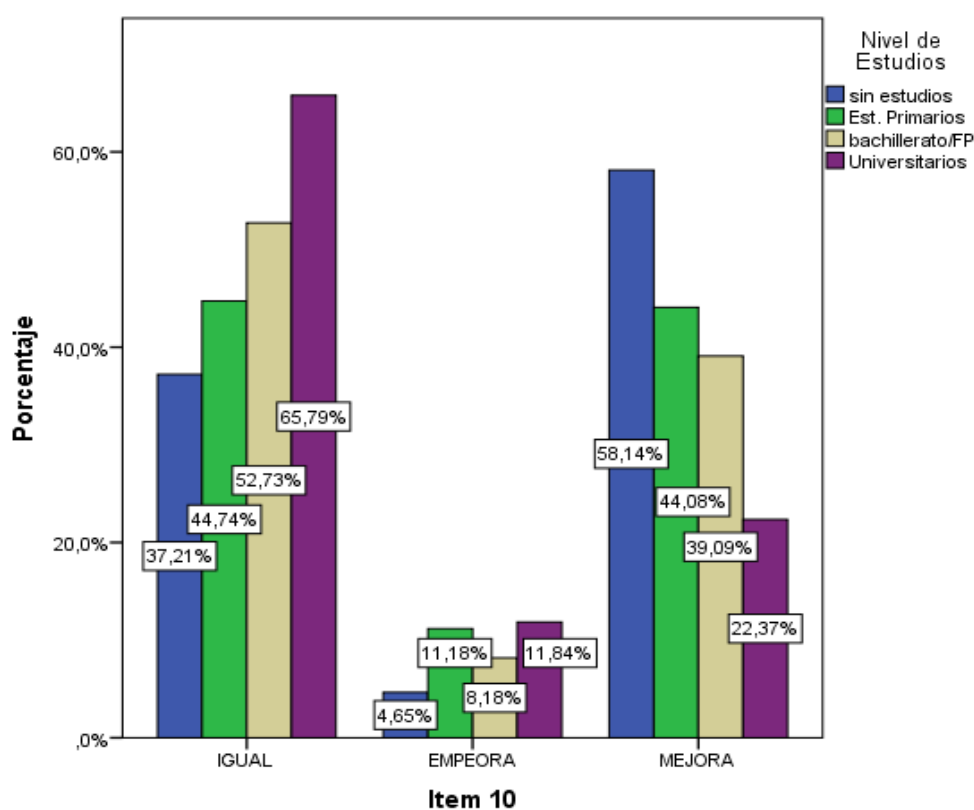


Figura 29: Comparación del ítem 10 del cuestionario diseñado en función del nivel de estudios

En la **figura 30**, el ítem 10 (¿Ha tenido mucha energía?) También mostró relación en función del hospital de procedencia. Se observó una diferencia importante en el hospital Virgen de Valme dentro del grupo de los que empeoran (21,28% frente al 5,19% del hospital Virgen del Rocío y el 6,49% del hospital Virgen de la Macarena), ya que es en este hospital donde se encuentran la mayoría de los usuarios que evolucionaron negativamente. Es conveniente indicar que existe un porcentaje elevado de los usuarios de los tres hospitales que evolucionan favorablemente.

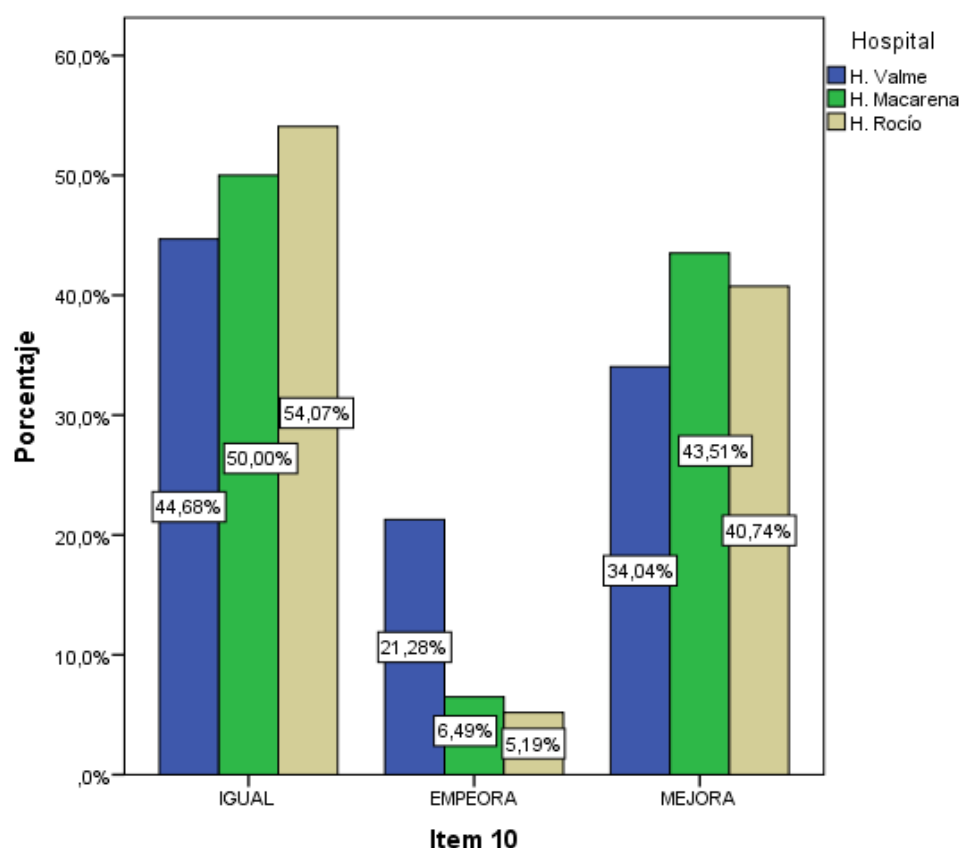


Figura 30: Comparación del ítem 10 en función del hospital de procedencia

Respecto al ítem 11 (¿Se ha sentido desanimado?) también se encontraron relaciones en función del hospital de procedencia. Se observa que los usuarios del hospital Virgen de la Macarena son las que más empeoran (48,05%), en cambio, los usuarios del hospital Virgen del Valme fueron los que presentaron un porcentaje de usuarios una evolución positiva significativamente superior (45,16%). Tanto el Hospital Virgen de Valme como el Hospital Virgen de la Macarena presentaron un porcentaje casi idéntico de usuarios que se mantuvieron igual antes y después del tratamiento para el ítem 11 (36,56% y 36,36% respectivamente) tal y como muestra la **Figura 31**.

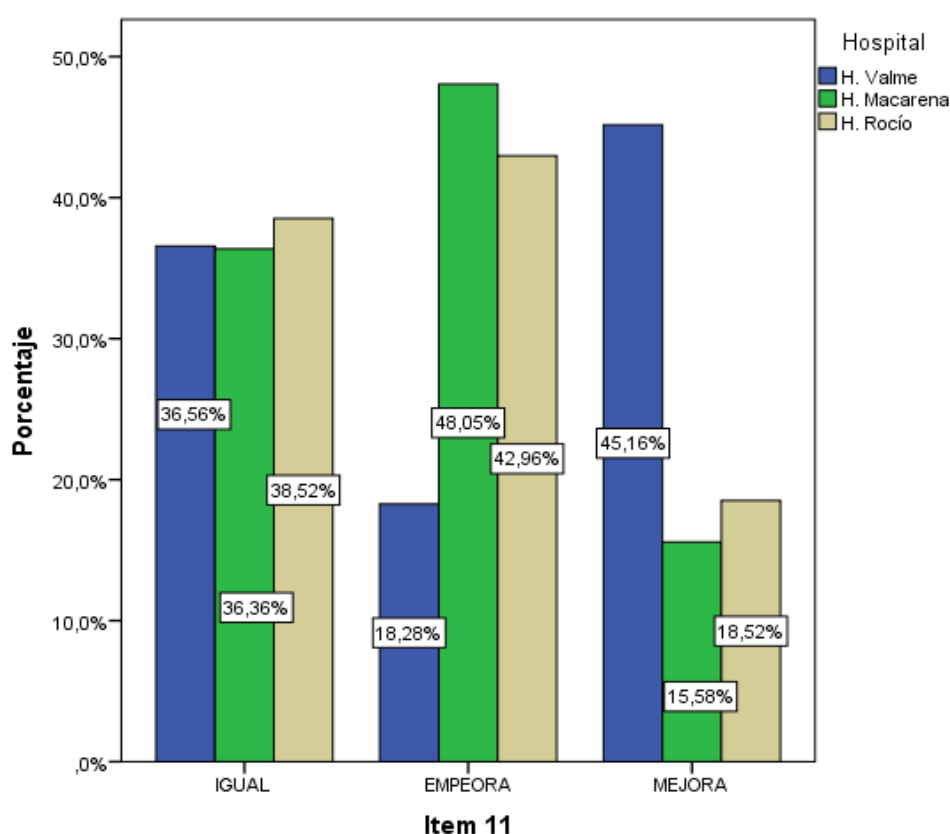


Figura 31: Comparación del ítem 11 del cuestionario diseñado en función del hospital de procedencia

La **figura 32** muestra la relación al comparar las respuestas de los usuarios en el ítem 12 del cuestionario SF-12 (¿Durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo sus problemas de salud física o emocional han interferido con sus actividades sociales?) en función del hospital de procedencia. Los resultados mostraron que los usuarios del hospital Virgen de la Macarena tuvieron mayor tendencia a mejorar (44,16%) y los usuarios del hospital Virgen de Valme los que más tendencia tuvieron a empeorar, con una proporción del 31,91% del total de usuarios tras finalizar el tratamiento de Fisioterapia.

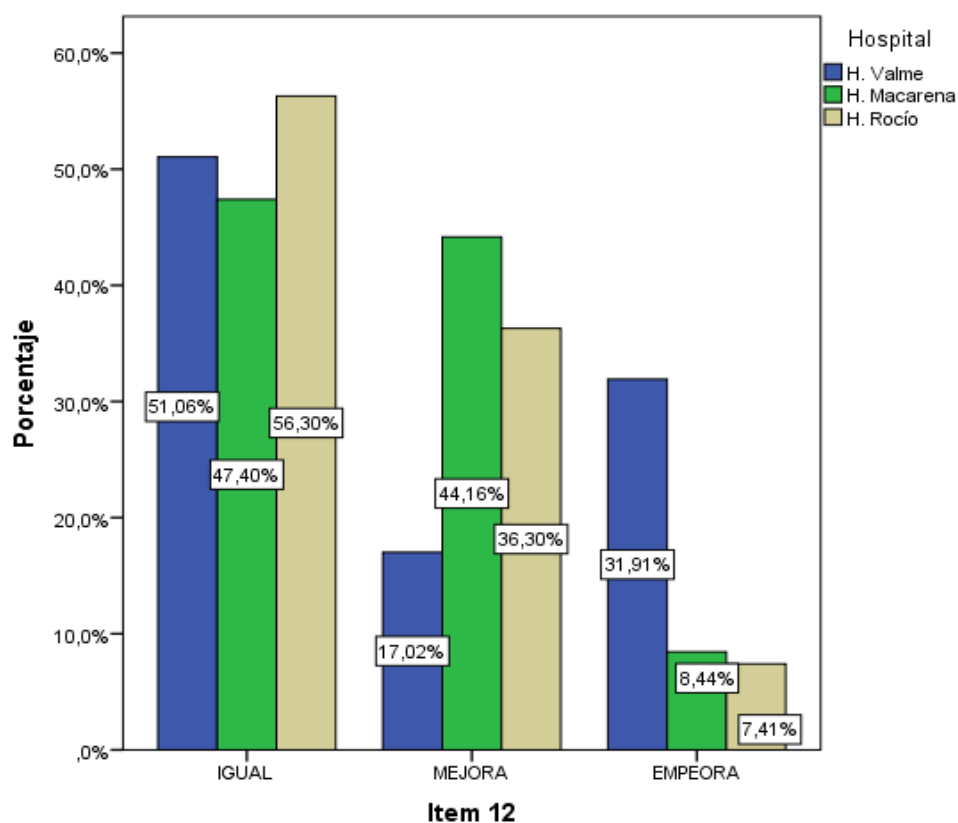


Figura 32: Comparación del ítem 12 del cuestionario diseñado en función del hospital de procedencia

5 DISCUSIÓN

5. DISCUSION

Los objetivos principales de este trabajo consistieron en elaborar y validar un instrumento de medida (cuestionario) que permitiera conocer cuál es el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a las Unidades de Fisioterapia de diferentes Hospitales Públicos de Sevilla, (Hospital Universitario “Virgen de Valme”, Hospital Universitario “Virgen Macarena” y Hospital Universitario “Virgen del Rocío”). Además quisimos conocer la percepción respecto al grado de satisfacción de los usuarios con la atención fisioterápica recibida y analizar los cambios producidos respecto a la calidad de vida relacionada con la salud tras el tratamiento en las Unidades de Fisioterapia.

5.1 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA MUESTRA

El total de sujetos incluidos en la muestra del presente estudio fue de 384, muy superior a otros estudios en el que también abordan la satisfacción del usuario con la atención fisioterápica, como el de Meseguer Henajeros (2007)⁶, con 142 sujetos y similar a la muestra de Osuna Pérez (2012)⁷⁴ con 333 participantes. En las Unidades de Fisioterapia de los diferentes hospitales estudiados prestaron sus servicios 22 fisioterapeutas frente a los 28 que registran otros estudios en el ámbito hospitalario como el de Osuna Pérez (2012)⁷⁴. En la población objeto de estudio, predominaron los pacientes de género femenino (64,6%) frente al género masculino (35,4%), con una edad media de la muestra de $50,69 \pm 14,94$ años. Coincidimos con Osuna Pérez (2012)⁷⁴ en la edad media de la muestra ($49,48 \pm 16,48$ años), siendo casi idéntica a la obtenida en nuestro estudio, si bien, la proporción de mujeres en nuestro estudio es

superior al de esta autora (51%) e inferior al que obtuvo Meseguer Henajeros (2007)⁶⁷ en su estudio sobre la calidad de atención percibida mediante el informe del usuario, con un 83% de mujeres. También lo hacemos con Rebelo-Ferreira y otros (2014)⁷⁹ en la predominancia de los pacientes mujeres en las unidades de fisioterapia, obteniendo en su caso un 71,90%. No obstante, la media de edad observada en este estudio se sitúa en los $63,95 \pm 13,95$ años, pudiendo ser debido a que este estudio fue realizado en Atención Primaria, siendo la mayor parte de los problemas atendidos en estas unidades de tipo crónico-degenerativo, presentando una alta recurrencia y acudiendo por tanto sujetos de una edad más elevada de lo que ocurre en el ámbito hospitalario.

En relación con nivel de estudios destaca que el 11,2 % (43/384) se manifiestan sin estudios, algo inferior al 17,4%, mostrado por Osuna Pérez (2012)⁷⁴ y el 39,8 % (153/384) con estudios primarios frente al 36%, de la misma autora. El 24% y el 22,5% tenían estudios secundarios y universitarios respectivamente frente al 28,6 % (110/384) y el 19,8 % (76/384) de nuestro estudio. Respecto a la actividad laboral, destaca que el 34,9 % (133/384) del total de la muestra se engloban en la categoría de otros, incluyéndose en dicha categoría las personas en búsqueda de empleo. Este hecho puede deberse a la coyuntura económica actual que vivimos. Respecto al estado civil, la mayoría están casados (65,1 %), no superando entre los solteros/as, viudos/as, divorciados/as y separados/as este valor.

En cuanto al tiempo medio transcurrido entre la derivación por el facultativo especialista y la primera consulta de Fisioterapia (variable “Días en lista de espera”) transcurrió una media de $30,07 \pm 56,65$ días. Nuestros resultados son inferiores respecto al número de días en lista de espera que los resultados mostrados por Rebelo-Ferreira y otros (2014)⁷⁹, siendo estos de $43,23 \pm 22,59$ días, siendo su mediana de 38 días frente a los 15 días obtenidos en nuestro estudio. Calcerrada-Díaz Santos, y otros 2006)¹⁶

también obtuvieron un tiempo de derivación algo superior al nuestro (36,4 días). No obstante, es preciso indicar que ambos estudios se desarrollaron en el ámbito de Atención Primaria, a diferencia del ámbito hospitalario del presente estudio de Tesis Doctoral. Un estudio reciente indicó que la mayor demora en el inicio de tratamiento de los pacientes está asociada a una mayor ratio de habitantes por fisioterapeuta; así como a un mayor número de pacientes derivados para tratamiento individual (Mesa-Ruiz y otros, 2010)⁶⁶. Estos dos factores podrían influir en las diferencias encontradas entre el tiempo transcurrido de derivación entre el ámbito asistencial de Atención Primaria y el ámbito asistencial hospitalario. Este hecho puede relacionarse con la necesidad de una correcta derivación y una coordinación eficiente entre los diferentes niveles asistenciales.

En cuanto al número de sesiones de tratamiento, se observó una media superior a otros estudios que registran una media de 10,38 sesiones (Rebello-Ferreira y otros, 2014)⁷⁹ y de 6,51 sesiones respectivamente (Gómez-Conesa y Abril, 2006)³⁴, frente a las $25,23 \pm 32,58$ sesiones registradas en nuestro estudio y algo superior al rango máximo de sesiones que recoge la Guía de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud de 2003⁸⁷. Así, Osuna Pérez (2012)⁷⁴ obtuvo una media de $25 \pm 37,86$ sesiones en centros hospitalarios, muy similar a la recogida en el presente estudio.

Respecto al tiempo de permanencia en la unidad, tan sólo localizamos un estudio que registre esta variable (Osuna Pérez, 2012)⁷⁴, si bien, en este estudio se incluyen en el tamaño muestral usuarios que proceden de diferentes niveles asistenciales pudiendo ser el nuestro el primero que la recoge de manera exclusiva en el ámbito hospitalario. En el estudio citado, se mostraron diferencias entre los centros privados y los públicos

en relación a la duración de una sesión de fisioterapia, entendiendo ésta como el tiempo que el fisioterapeuta se dedica en exclusiva al paciente. Tanto en los centros de salud como en el ámbito hospitalario, las sesiones tuvieron una duración inferior a 51 minutos en un porcentaje elevado, existiendo casos en los que la duración de la sesión fue inferior a 10 minutos. Por tanto, se observan diferencias con los resultados mostrados en el presente estudio, donde el tiempo de permanencia medio en la Unidad fue de 69,97 minutos.

Respecto al servicio de remisión, destaca el servicio de Traumatología con un 62% de los pacientes, seguido del de Neurología con un 6%. Coincidimos con Rebelo-Ferreira, y otros (2014)⁷⁹ en afirmar que la mayoría de las derivaciones correspondían a enfermedades musculoesqueléticas no traumáticas, concordando todos los motivos de derivaciones con los descritos en la cartera de servicios básicos de la Fisioterapia establecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el (Real Decreto 1030/2006 2006)⁷⁸. El tratamiento fisioterapéutico que se realizó fue individualizado en el total de los casos, coincidiendo del mismo modo con otros el estudio anteriormente citado.

Respecto al tratamiento prescrito por los especialistas pertenecientes a los servicios de remisión, cabe destacar el bajo número de facultativos que indica el tratamiento de fisioterapia a realizar (23,96%). Estos resultados van en la línea sobre lo que respecta a la autonomía del fisioterapeuta. Actualmente la actividad del fisioterapeuta está perfectamente regulada y se encuentran establecidos todos sus campos y formas de actuación. A pesar de la notoriedad que refleja la legislación vigente sobre la importancia de la autonomía del profesional de Fisioterapia, es observable cómo aún siguen existiendo diferencias entre niveles asistenciales para esta cuestión a pesar de los resultados mostrados para esta variable.

5.2. RESULTADOS CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

5.2.1 VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DISEÑADO. RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LOS FACTORES DE SATISFACCIÓN.

Como anteriormente hemos comentado en el apartado de “Introducción”, el momento actual de expansión que vive la disciplina de fisioterapia no se correlaciona con el marco competencial que en la actualidad ostenta. A pesar de ello, los órganos de representación de la disciplina, en numerosas ocasiones centran sus esfuerzos por defender los intereses propios desde dentro del colectivo. Sin embargo, consideramos necesario que estos esfuerzos también se realicen desde otra perspectiva, y qué mejor enfoque que el del usuario. Desde esta óptica general, nos planteamos conocer el grado de satisfacción del usuario con la atención prestada en las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de la ciudad de Sevilla al mismo tiempo que valoramos la calidad del instrumento de medida utilizado para ello. Este tipo de estudios “de la medida” se encuentran dentro de los estudios ex post-facto de carácter descriptivo (no casual/observacionales), siendo descritos y realizados previamente en el ámbito de la fisioterapia (Rebollo y García, s.f.)⁸⁰

Los resultados obtenidos mostraron buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez interna en el cuestionario diseñado, similares a otros estudios realizados con anterioridad en el ámbito de la fisioterapia (Beattie, y otros 2005)⁸ (Albornoz Cabello y otros, 2005)² (Osuna Pérez, 2012)⁷⁴.

Para poder medir el concepto de satisfacción, es necesario conocer las dimensiones que lo componen, pues en el ámbito de la fisioterapia existen

particularidades como el contacto físico, la participación activa del paciente que justifica la necesidad de disponer de una herramienta específica que valore la satisfacción en la disciplina. Hasta la fecha, pocos han sido los estudios que profundicen en este tema. Autores como Hills y Kitchen (2007)³⁸ han propuesto que en la disciplina de fisioterapia, la satisfacción debería recoger las dimensiones relacionadas con la satisfacción en la atención y la satisfacción con el resultado del tratamiento alcanzado. Este hecho llevó a considerar para la evaluación del concepto de satisfacción, el contemplar una estructura bidimensional (Beattie et al., 2002)⁸. Tomando como punto de partida la estructura que debía tener el concepto “satisfacción” en el ámbito de la fisioterapia, se desarrollaron instrumentos de medida de la satisfacción en fisioterapia como los trabajos desarrollados por Roush y Sonstroem (1999)⁸³, que miden la satisfacción en 4 dimensiones: ubicación del centro, aspectos reforzadores de motivación, aspectos detractores o desmotivadores y costos del servicio. Esta última dimensión sería sólo aplicable en la sanidad privada; Goldstein, Eliot y Guccione (2000)³³, desarrollaron un instrumento de medida compuesto por 11 dimensiones para analizar el concepto de satisfacción en fisioterapia. Monnin y Perneger (2002)⁷⁰, realizaron una revisión bibliográfica profunda para el diseño de otra herramienta compuesta por 4 dimensiones del concepto satisfacción: tratamiento, proceso de admisión, logística del centro y satisfacción global.

En la actualidad disponemos de diversos instrumentos que permiten medir la satisfacción de los pacientes relacionada con los cuidados en fisioterapia. Entre ellos, destaca el modelo desarrollado por Hudack y Wright (2000)⁴². Así como, el estudio de validación del cuestionario PTOPS realizado en Irlanda para conseguir su traducción al inglés europeo (Monnin y Perneger, 2002)⁷⁰. Por último, el cuestionario

MedRisk (Beattie, Nelson y Lis, 2007)⁹, versionado al idioma español y adaptado transculturalmente por Osuna Pérez, 2012)⁷⁴. Este cuestionario está conformado por 14 ítems de 5 respuestas alternativas tipo Likert. Es el más empleado y extendido en la literatura científica, siendo éste el motivo por el cuál discutimos con él. La primera versión española de este cuestionario fue realizada en la ciudad de Nueva York en pacientes de habla hispana (Beattie, Nelson y Lis 2007)⁹. En este estudio se concluyó la existencia de dos dimensiones (internas o personales y externas o ambientales). En ambas, la validez de estos dos dominios fue de 0,90 y 0,82, muy similar al valor de validez obtenido en el presente estudio para el cuestionario validado.

Al igual que ocurre con la capacidad discriminante de los ítems del cuestionario adaptado MedRisk, en nuestro estudio observamos respuestas con menor representación en los ítems que valoraban “respeto” (pregunta nº11,12 y 13), siendo algo bastante habitual al entender el usuario que el profesional que le atiende, independientemente de su perfil profesional, tiene un mínimo de educación y buenas maneras.

Tras lo anteriormente expuesto, coincidimos con Osuna Pérez (2012)⁷⁴ en la necesidad de disponer de cuestionarios válidos en la disciplina de Fisioterapia que permitan medir la satisfacción con el servicio de Fisioterapia a través de aspectos no objetivables que podrían influir en los objetivos terapéuticos planteados. En su estudio de tesis doctoral, llevó a cabo la validación de tres cuestionarios relacionados con la información terapéutica percibida, información terapéutica proporcionada y confianza en el profesional fisioterapeuta. En los dos primeros, el análisis factorial exploratorio arrojó un solo factor con un porcentaje de varianza total explicada de

65,09% y de 62,45% respectivamente, siendo similar al 66,75 de la varianza total que obtenemos en nuestro estudio. El análisis factorial confirmatorio determinó el ajuste óptimo de este modelo unifactorial. En nuestro estudio se identificaron 4 factores; estos son, Satisfacción general, Satisfacción del servicio (instalaciones), Satisfacción con la relación fisioterapeuta paciente y Satisfacción en relación a otras unidades.

Respecto al grado de precisión de la medida de nuestro cuestionario; es decir, la fiabilidad, fue analizada por la Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, siendo determinada en la totalidad de los 20 ítems de los que consta el cuestionario. El cuestionario de satisfacción presentó una medida de adecuación muestral para la totalidad de los ítems de 0,927. Este resultado es similar al obtenido por Osuna Pérez (2012)⁷⁴ en sus dos cuestionarios anteriormente mencionados, obteniendo tras aplicar el alfa de Cronbach un valor para la totalidad de la escala de 0,945 en el cuestionario de información terapéutica percibida y de 0,939 en el cuestionario de información terapéutica proporcionada.

Nuestro cuestionario de satisfacción está compuesto por 20 ítems a diferencia del propuesto por Meseguer Henajeros (2007)⁶⁷, constando éste de 23 ítems. La capacidad de discriminación de los ítems de nuestro cuestionario obtuvo como factores resultantes la “satisfacción general”, compuesta por los ítems CSF1,2,8,10,11,12 y 16; la “satisfacción con el servicio (instalaciones)”, compuesta por los ítems CSF 3,4,5,7,14 y 15, la “satisfacción relación fisioterapeuta-paciente”, compuesta por los ítems CSF 17,18,19 y 20 y la “satisfacción en relación con otras unidades”, compuesta por los ítems CSF 6 y 9. Estos factores difieren de los propuestos por esta autora, al referir como factores discriminatorios “tiempo de espera”, “organización”, “competencia profesional” e “información”, siendo este

último factor el que acumula mayor cantidad de preguntas, con un total de 12 (desde la pregunta nº12 a la pregunta nº23).

Respecto a los resultados obtenidos por factores, destaca el Factor “Satisfacción general” al obtener un porcentaje de satisfacción superior al 80 %, para 6 de los 7 ítems de los que consta, según los resultados obtenidos (Ítem 1, 8, 10, 11,12 y 16). Destacan entre estos ítems la “información suministrada por el fisioterapeuta al usuario (93,6%) (Ítem 8), el respeto mostrado por el fisioterapeuta hacia el usuario (95,8%) (Ítem 12), el grado de confianza (94%) (Ítem 10) y la capacidad y atención en la escucha al paciente (94%) (ítem 16). Estudios recientes (10,53) destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes, el recibir una información adecuada, clara y comprensible, especialmente acerca del tratamiento y sus efectos, que el fisioterapeuta le aclare dudas y le facilite la comprensión y conocimiento suficiente de su problema de salud.

Dentro del factor de “Satisfacción general”, también se encuentra como uno de los ítems que mejor valoran los usuarios el respeto mostrado por el fisioterapeuta.(Item 12). Este resultado también va en consonancia con el estudio de Osuna Pérez(2012)⁷⁴, al obtener como aspecto mejor valorado en su estudio “Mi fisioterapeuta es respetuoso ” con un valor de 4,69 sobre 5 puntos. Estos valores se correlacionan directamente con el resto; ya que, uno de los pilares básicos en cualquier relación interpersonal satisfactoria es el trato basado en el respeto. Sólo el ítem 2 puntúa por debajo del 80% (74,7%) en el factor “Satisfacción general”. En este ítem se le pregunta a los pacientes sobre el horario ofrecido para su tratamiento. Pensamos que al estar sometidos a una planificación compleja la gestión de los pacientes no se les ofrece la oportunidad de ser ellos los que planteen el horario de asistencia a las Unidades de Fisioterapia. Sin embargo es un punto a tener en cuenta para posibles mejoras en la calidad asistencial y el grado de satisfacción de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia del ámbito hospitalario.

En segundo lugar, el factor “Satisfacción relación fisioterapeuta-paciente” obtuvo porcentajes de satisfacción superiores al 80% en 3 de los 4 ítems de los que consta (ítem 17,19 y 20). De manera específica, los aspectos más destacados de forma positiva por los usuarios, son: la información suministrada sobre el tratamiento de fisioterapia realizado, (ítem 17 con un 86,5% , las pruebas o exploraciones realizadas por parte del fisioterapeuta (ítem 20) con un 87,7% y la realización de dichas pruebas (ítem 19) con un 87,5%. Quedando por debajo del 80% el ítem 18 que plantea la posibilidad de opinar al paciente sobre su tratamiento (77,5%). Así en nuestro estudio los ítems 3 y 15 son los peor valorados, con 49,2% y 53,9% respectivamente. Ambos ítems se relacionan con el factor “Satisfacción del servicio o instalaciones” Los factores “satisfacción del servicio o instalaciones” y la “satisfacción en relación a otras unidades” tan sólo obtuvieron porcentajes superiores al 80% para uno de sus ítems (ítem 7 e ítem 13 respectivamente). Estos resultados también se relacionan a los mostrados por Osuna Pérez (2012)⁷⁴, ya que, el aspecto peor valorado en ese estudio fue el relacionado con la dificultad de encontrar aparcamiento junto al centro de fisioterapia en cuestión.

Según los resultados de Meseguer Henajeros (2007)⁶⁷, los ítems que informan los usuarios como problemas específicos que influyen en la calidad y satisfacción percibida son “la no entrega de informe de alta y el tiempo en lista de espera superior a 15 días de la derivación del facultativo, con un 74,5% y un 67,6% respectivamente. Otros indicadores informados por los usuarios son que los pacientes creen que todo lo que le han hecho no ha sido suficiente (57,1%) y creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera (55%). Por otro lado, tampoco consideran que el tiempo que han estado en fisioterapia fuera el suficiente y que tuvieron que esperar demasiado tiempo a que estuviera libre algún aparato o algún box individual. Nuestros resultados

en relación a las propuestas de mejora, van en consonancia con las mostradas en el anterior estudio, sobre todo en las cuestiones relacionadas con el tiempo de espera y la puntualidad (4,6%) y la falta de intimidad (8,5%). Sin embargo, los usuarios encuestados en el presente estudio no indican como necesario el aumento del número de sesiones ni un mayor tiempo de tratamiento, pues, como hemos indicado anteriormente en el apartado “Resultados”, ambas variables se encuentran por encima de lo encontrado en otros estudios recientes. (65)

Si continuamos analizando las propuestas de mejora indicadas por los usuarios, se observa la falta de coincidencia entre los hospitales analizados. En el Hospital Universitario “Virgen de Valme” resalta como posibles mejoras el disponer de mayor espacio (29,2%) (coincidiendo con las propuestas de mejoras de manera general), el transporte (4,6%) y los factores ambientales (6,2%). Por otro lado, los usuarios del hospital Universitario “Virgen de la Macarena” indican las mismas propuestas de mejora reportadas por Meseguer Henajeros (2007)⁶⁷, esto es, el tiempo de espera, la puntualidad y la falta de intimidad. Además señalan la necesidad de mayor número de fisioterapeutas (10,8%) y mayor higiene y limpieza (6,5%). Si extrapolamos estos datos a los recientes resultados mostrados por el barómetro EsCrónicos (2014)²⁰, el tiempo de espera o la falta de rapidez en la atención también constituye con un 73% un aspecto prioritario para mejorar el sistema. Tanto las propuestas de mejora “mayor intimidad” y necesidad de disponer de “mayor espacio” también fueron mostrados en el cuestionario como ítems con insatisfacción por parte del usuario. Finalmente que los usuarios del hospital Universitario “Virgen del Rocío” refieren que no modificarían nada en un 52,6%. De los aspectos a mejorar señalan el cambio de mobiliario y el equipamiento con un 19,2%, como el más destacado.

En líneas generales, podemos afirmar que mientras otros estudios detectan cuestiones relacionadas con las dimensiones de competencia profesional y tiempo de espera para mejorar la satisfacción del usuario con la atención fisioterápica recibida (Meseguer Henajeros 2007)⁶⁷, nuestro estudio detecta tan sólo cuestiones de satisfacción relacionadas con el servicio, como la falta de comodidad en la sala de espera (ítem 3 perteneciente a la dimensión “Satisfacción con el servicio) y la falta de intimidad (ítem 15 perteneciente a la misma dimensión).

5.2.2 GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

La satisfacción es un concepto muy estudiado en la disciplina de fisioterapia, poniéndose de manifiesto los buenos resultados alcanzados en diversos estudios.

Tras los resultados mostrados, indicamos la existencia de un alto grado de satisfacción (96% del total de usuarios) con el servicio de fisioterapia en aquellos pacientes a los que se les pidió su opinión mediante el cuestionario validado. Nuestra muestra obtuvo puntuaciones altas en su satisfacción global con la atención de fisioterapia recibida. Este resultado positivo es comparable con el obtenido por otros estudios que obtienen valores medios elevados en una escala de 1 a 5 puntos, siendo 5 puntos el máximo de satisfacción. Osuna Pérez (2012)⁷⁴, obtuvo para este ítem de su cuestionario una media de 4,26 puntos sobre 5, tras finalizar el tratamiento de fisioterapia. Esta elevada puntuación es comparable a la que obtuvo McDonald, Cox y Barlett (2002)⁶², en 422 pacientes de consultas privadas y públicas en Canadá, siendo en este caso de 4,61 según la misma escala. Hills y Kitchen 2007)³⁹, en una muestra de 279 usuarios de salas de fisioterapia de centros públicos de Inglaterra, obtuvieron un valor medio de satisfacción de 3,77 sobre 5. Otros estudios que han aplicado el mismo cuestionario de satisfacción MedRisk obtuvieron valores similares,

como el realizado en 2011 en 7 centros privados de Australia, empleando una muestra de 316 pacientes. En este estudio se obtuvo una puntuación global de 4,54 (Yung y otros, 2011)¹⁰⁵. Como podemos apreciar, los resultados están todos ellos por encima del 80% de satisfacción y por tanto, equiparables y en consonancia a nuestra muestra de estudio. Del mismo modo, el nivel de satisfacción medio obtenido en el estudio de validación de cuestionario de Monnin y Perneger (2002)⁷⁰ fue del 74,9%.

Por otro lado, el estudio descriptivo de valoración de la satisfacción del usuario de fisioterapia realizado en Atención Primaria en el Distrito Sanitario de Jaén, obtuvo que el 69% de los usuarios indicaron que la satisfacción en la sala de fisioterapia fue “muy buena” (Alcalá-Santiago y otros, 2006)³. El estudio de Casserley-Feeney y otros (2008)¹⁷, realizado con 131 usuarios de centros privados en Irlanda obtuvo que el 91% de los usuarios consideraron la experiencia de fisioterapia como muy buena o excelente. Butler y Johnson (2008)¹⁵ en un estudio longitudinal sobre una muestra de casi 2000 usuarios diagnosticados de lumbalgia, obtuvieron un 86% de los usuarios “satisfechos” o “muy satisfechos” con el cuidado de fisioterapia recibido. El estudio de Knight, Cheng y Lee (2010)⁵² realizado en 25 centros privados de Sidney obtuvo un 76% de pacientes con una alta satisfacción global respecto de la atención recibida. El estudio de Machado y Nogueira (2008)⁶⁰ realizado en tres centros de fisioterapia en Brasil, sobre una muestra de 376 usuarios obtuvo un porcentaje de satisfacción del 75,5% de pacientes satisfechos con la atención del servicio de fisioterapia. A pesar de estos resultados obtenidos en las Unidades de Fisioterapia, los resultados recientes mostrados por el primer barómetro sobre la satisfacción con el funcionamiento y la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud por parte de los usuarios indican una puntuación de 4,9 puntos sobre una puntuación total de 10. La satisfacción mostrada por parte de los usuarios del Servicio

Andaluz de Salud (SAS) fue superior a la media nacional, si bien es cierto, dista de los resultados mostrados en el presente estudio, por lo que podemos indicar que la satisfacción del usuario con las Unidades de Fisioterapia se encuentra más elevada que en otros servicios y/o unidades.

Muchas investigaciones ponen de manifiesto la asociación positiva entre la información proporcionada y la satisfacción de los pacientes en la disciplina de fisioterapia. Si analizamos el total de preguntas relacionadas con este concepto, observamos que hasta siete preguntas de las veinte de las que consta el cuestionario son relacionadas de forma explícita o implícita con la información transmitida por el profesional fisioterapeuta o recibida por éste de parte del usuario (ítems 8,9,11,16,17,18,20). Coincidimos por tanto con las conclusiones obtenidas por Hush, Cameron y Mackey (2011)⁴⁴ en su estudio de revisión sistemática, que indican que el grado de satisfacción del usuario viene determinado por la atención, la comunicación y la correcta transferencia de información. Otros estudios donde analizan la repercusión de la información transmitida en el incremento de la satisfacción del usuario en diferentes patologías, también pone de manifiesto la obtención de mejores niveles de satisfacción y expectativas más realistas (Hoffmann y otros, 2007)⁴¹ (Little y otros, 2001)⁵⁷ (McGregor y otros, 2004)⁶³.

En el cuestionario propuesto, la información que se indica no diferencia el modo de transmisión (verbal y/o escrita). Actualmente, es conocida la efectividad de la información verbal y escrita respecto a la verbal solamente. Johnson, Sandford y Tyndall (2008)⁵⁰, realizaron un estudio de revisión en el que compararon ambos modos de información frente a la información verbal tras el alta hospitalaria. Concluyeron la recomendación de emplear ambas informaciones para mejorar la

satisfacción del usuario. La falta de control en el tipo de información recibida, puede constituir una limitación del presente estudio. En este sentido, estudios actuales en el ámbito de la fisioterapia comienzan a analizar la influencia del modo de información suministrada (oral/escrita) suministrada en la adherencia del paciente al tratamiento y al grado de satisfacción respecto al tratamiento recibido. Este tipo de investigaciones se han comenzado a realizar en sujetos que reciben tratamiento fundamentalmente por algias vertebrales, como la cervicalgia crónica (Padilla-Quero y Osuna-Pérez 2013)⁷⁵, el dolor lumbar agudo (Schneiders, Zusman y Singer 1998)⁸⁶, el dolor crónico de espalda (Escolar-Reina, y otros 2010)²⁵ o incluso en la incontinencia urinaria femenina (Isac-Martinez, y otros 2012)⁴⁶.

En este contexto, en el que trastornos musculoesqueléticos precisan de un abordaje donde el protagonista del tratamiento sea el paciente, ocupando un papel activo en la realización de ejercicios físicos terapéuticos prescritos y recomendaciones ergonómicas, es el escenario donde el tipo de información proporcionada puede constituir un factor determinante en la adherencia al tratamiento y por consiguiente en la satisfacción del usuario. Padilla-Quero y Osuna-Pérez (2013)⁷⁵ afirmaron que la información escrita contribuye a recordar más número de ejercicios domiciliarios y recomendaciones. En dicho estudio se dividió a la muestra en dos grupos. Ambos grupos recibieron 3 sesiones individuales de tratamiento fisioterápico (una por semana), con una duración aproximada de 45 minutos. A todos los pacientes incluidos en la muestra se les enseñó una serie de 5 ejercicios cervicales básicos que debían ser realizados en su domicilio y 5 cuidados posturales para las actividades de la vida diaria. Los pacientes del grupo control recibieron esta información de forma oral en cada una de las 3 sesiones, mientras en el grupo experimental dicha

información fue reforzada con instrucciones por escrito e ilustradas que se entregaron en la primera sesión. Tras 15 días de la finalización del tratamiento, mediante llamada telefónica se registró los comportamientos de adherencia al programa. Se observó que el 86,6% de los pacientes que recibieron información escrita mostraron bastante o mucha adherencia frente al 46,7% de los pacientes del grupo control. La diferencia fundamental entre ambos grupos radicó en el número de ejercicios que recordaban y realizaban. Otros estudios (Schneiders, Zusman y Singer 1998)⁸⁶ también observaron que las instrucciones verbales reforzadas con material escrito e ilustrado favorece una mayor adherencia y satisfacción del usuario. No obstante, también existen autores que obtienen un bajo porcentaje de adherencia en sujetos que participan en talleres de escuela de espalda (Basler, y otros 2007)⁶, por lo que podemos sospechar que la adherencia no depende exclusivamente del tipo de información suministrada.

En este sentido, se ha indicado que la adherencia al tratamiento depende fundamentalmente del proveedor de salud, en este caso del fisioterapeuta; así como, del grado de mejoría clínica. Tejero y otros (2006)⁹⁴ señala, que la continuidad del entrenamiento en el domicilio en pacientes con incontinencia urinaria está relacionada con el grado de mejoría clínica subjetiva y con el grado de satisfacción. Wyman y otros (1998)¹⁰⁴ describen tal relación desde otra perspectiva. Indican que la no continuidad implica la pérdida del beneficio hallado inicialmente, pudiendo influir de forma decisiva en el grado de satisfacción del usuario.

Así, las estrategias llevadas a cabo en la explicación e instrucción de los ejercicios físicos terapéuticos recomendaciones ergonómicas establecidas, su grado de profesionalidad y la motivación fomentaran de manera decisiva el cumplimiento, la mejoría del paciente y por consiguiente la satisfacción del usuario.

Otro tema a discutir hace referencia a la calidad de la información aportada. En numerosos trabajos de investigación se indica que la información suministrada debe ser de calidad, para de este modo influir en el incremento de la satisfacción, sin embargo, éstos trabajos no indican cómo se ha de valorar la calidad de los textos que proponen, existiendo la necesidad de desarrollar nuevas herramientas válidas y fiables que determinen la calidad de un texto escrito dirigido a pacientes (McGregor y otros, 2004)⁶³.

Es conveniente indicar que las percepciones respecto a la satisfacción nos permiten identificar aquellas dimensiones más influyentes, si bien, éstas vendrán determinadas a su vez por el problema de salud que se trate y de la continuidad asistencial que se valore. De este modo, existen estudios que valoran la satisfacción en pacientes que sufren cervicalgia mecánica y son tratados en unidades de Atención Primaria (Medina I Mirapeix y otros, 2005)⁶⁵, en pacientes con dolor de espalda (Luk y Aslani, 2011)⁵⁹, en pacientes intervenidos quirúrgicamente de fractura de cadera (García-Marín y Osuna-Pérez, 2013)³¹ o en aquellos pacientes con alta domiciliaria tras una estancia hospitalaria aguda (Johnson, Sandford y Tyndall, 2008)⁵⁰. En este sentido, el ítem nº 17 de nuestro cuestionario validado, el cual hace referencia de forma específica a la información transmitida por el fisioterapeuta referente al tratamiento recibido por el usuario, obtuvo un 86,5% de satisfacción entre los usuarios. Además aparece como la segunda cuestión más positiva de la Unidad de Fisioterapia con un 4,8%. Nuestros resultados coinciden con los reportados por Osuna Pérez, (2012)⁷⁴ al indicar los usuarios de su estudio en un 41,7% que reciben mucha información y el 31,5% que recibieron bastante información, frente al 12,6% que indicaron no recibir ninguna o escasa información por parte del fisioterapeuta. Analizando los resultados de los hospitales de estudio, se observó que el Hospital

Universitario “Virgen del Rocío” obtuvo mejores resultados en este ítem frente a los otros hospitales, con un 9,6%. (Osuna Pérez 2012)⁷⁴ comparó los resultados de este ítem en función del centro de procedencia, observando diferencias significativas respecto a la información percibida por el usuario entre centros privados y públicos; así como, entre centros de Atención Primaria y hospitalaria.

Estudios recientes destacan entre los aspectos más valorados por los pacientes, el recibir una información adecuada, clara y comprensible, especialmente acerca del tratamiento y sus efectos; así como, una cercanía del profesional fisioterapeuta que aclare sus dudas y les facilite un conocimiento suficiente del problema de salud que padece (Jack y otros, 2010)⁴⁷ (Lequerica y Kortte, 2010)⁵⁵

No obstante, la información que perciben los pacientes y la proporcionada por los fisioterapeutas en ocasiones no se correlaciona, presentando buenos niveles de aceptación pero con posibilidad de mejoras; ya que, la información que los pacientes refieren percibir es inferior que la que los fisioterapeutas manifiestan proporcionar. De aquí se deriva que a pesar de los resultados obtenidos, los fisioterapeutas deben realizar mayores esfuerzos para proporcionar una información, que además de ser completa y precisa, deba ser comprensible para el paciente. En esta línea, en un estudio realizado a 32 profesionales que trabajaban con pacientes amputados, puso de manifiesto que estos profesionales percibían suministrar más información de la que realmente proporcionaban (Mortimer y otros, 2004)⁷¹. Otro estudio realizado en pacientes hospitalizados, encontró una falta de concordancia entre la necesidad de información demandada por los pacientes y la proporcionada por el personal sanitario (Suhonen y otros, 2005)⁹².

La dimensión de la confianza observada en el usuario respecto a la prestación de tratamiento fisioterápico viene determinada en la pregunta nº10. Dicha dimensión ha sido relacionada con la continuidad asistencial, entendida ésta como el interés por el paciente, siendo el dominio más específico de la confianza. También se relaciona con la competencia interpersonal, siendo ésta la relacionada con la integridad moral y calidad personal, y por último, ha sido relacionada con la calidad científico-técnica (sensación percibida por el paciente de que el fisioterapeuta que le está tratando sabe lo que tiene que hacer). Todas ellas conforman una estructura unidimensional del concepto confianza. Los resultados mostrados en el presente trabajo respecto a la pregunta relacionada con la confianza mostrada, están en la línea de lo afirmado por Keating y otros (2004)⁵¹ y Thom y otros (2002)⁹⁵ en el ámbito biomédico y por Jimeno Serrano y otros (2012)⁴⁹ en la disciplina de la fisioterapia. Éste último observa cómo el 61,6% de su muestra manifiesta total confianza en el fisioterapeuta que lo trata. A pesar de estos resultados, debemos indicar que no pueden ser comparados con los obtenidos en el presente trabajo al tratarse de una muestra obtenida en hospitales que no pertenecen al Sistema Público de Salud.

Resulta complejo conocer cuál/es son los factores predisponentes de la confianza del paciente en la profesionalidad del fisioterapeuta. Hall y otros (2001)³⁵ afirman que la edad es la variable más consistentemente asociada. En nuestros resultados no podemos corroborar esta afirmación, pues la edad media de nuestra muestra fue de $49,06 \pm 13,62$ años, siendo una edad en la que aún no se tiene un contacto tan directo con el médico tal y como indican estos autores. Del mismo modo, esta afirmación podría no ser válida en el contexto de la fisioterapia, pues las relaciones establecidas entre usuario-fisioterapeuta en el ámbito de la Atención Primaria no son tan duraderas como la relación médico-paciente.

Según Jimeno Serrano y otros (2012)⁴⁹, los aspectos más determinantes de la confianza son los relacionados con las actitudes y el comportamiento del profesional, siendo menos determinantes los aspectos organizativos. Desde esta perspectiva, cobra relevancia la alianza terapéutica en los resultados positivos del tratamiento, hasta tal punto que hay autores que llegan a afirmar que la relación interpersonal de confianza es lo que realmente cura (Mesa-Ruiz y otros, 2010)⁶⁶.

Esta pregunta nº10, basada en la confianza mostrada por el usuario, ha sido anteriormente analizada en nuestra disciplina empleando herramientas de medida desarrolladas por la disciplina de psicología, como la versión corta del instrumento WAI (Meseguer Henajeros, 2007)⁶⁷, constando de 12 ítems con 7 alternativas de respuesta tipo Likert donde la polaridad inferior es “nunca” y la superior “siempre”.

A pesar de ello, aún no existen instrumentos validados que permitan analizar el grado de confianza que los pacientes depositan en los fisioterapeutas que los atienden. Tan sólo hemos encontrado un estudio cualitativo respecto a la confianza en la Sanidad Pública, siendo éste realizado en los países de Alemania, Reino Unido y Holanda (Van der Schee, y otros 2007)⁹⁸. En dicho estudio, tan sólo aparece 1 ítem relacionado con la confianza hacia el fisioterapeuta en una escala del 1 al 4. Además de esto, en la disciplina de la fisioterapia lo más parecido que se ha llegado a evaluar ha sido la alianza terapéutica, siendo necesario acudir a instrumentos de medida desarrollados por otras disciplinas sanitarias para medir la confianza en fisioterapia.

Teniendo en cuenta que la confianza constituye un factor determinante, fuertemente asociado a la satisfacción del paciente en fisioterapia, según algunos autores (Hush, Cameron y Mackey, 2011)⁴⁴ (Osuna Pérez 2012)⁷⁴, consideramos necesario futuros estudios en nuestra disciplina que incluyan el concepto de

“confianza” como factor influyente en la satisfacción del usuario, desarrollando instrumentos de medida válidos y fiables, y aplicándolo en un tamaño muestral amplio.

La pregunta nº11, referente a la confidencialidad o el secreto profesional de los datos clínicos, a pesar de obtener un 90,99%, de “Satisfacción general”, constituye un ítem que está siendo eliminado de diferentes escalas debido a que se correlaciona de manera limitada con la escala global de satisfacción, así como, por obtener puntuaciones muy altas como observamos en los resultados mostrados. Coincidimos con Osuna Pérez (2012)⁷⁴ en el hecho de que los pacientes en numerosas ocasiones presentan patologías genéricas, muchas de ellas enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, en dónde la preocupación del usuario sobre si el profesional sanitario cuenta su información privada a otros es muy baja. Estas enfermedades son atendidas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria, poniendo de manifiesto que la confidencialidad pierde importancia entre los usuarios encuestados, alejándose del concepto de confianza y satisfacción.

Consideramos de especial interés hacer mención a la satisfacción laboral de los fisioterapeutas en la sanidad pública. Hasta la fecha, no hemos encontrado ningún estudio de investigación que relacione la satisfacción del usuario con la satisfacción laboral del fisioterapeuta a pesar de que a priori pudiera ser un factor influyente. Así, podemos concluir que los fisioterapeutas constituyen un colectivo muy poco estudiado en el campo sociolaboral. Tan sólo localizamos el estudio de Mingo-Gómez y otros, 2012)⁶⁸ cuyo objetivo fue medir mediante 13 dimensiones relacionadas con aspectos del desempeño laboral, la satisfacción de los fisioterapeutas que trabajan en sanidad pública y las prioridades reales que observan en su trabajo diario. En este estudio se afirma que dimensiones que pueden relacionarse directamente con la satisfacción que puedan percibir los usuarios de la unidad como el clima y el ambiente de trabajo, las

condiciones de trabajo o la identificación con el trabajo y desarrollo profesional están influenciadas por la antigüedad, la relación laboral o la ocupación de algún cargo de responsabilidad gestora. El hecho que las dimensiones “condiciones de trabajo”, “identificación con el trabajo y desarrollo profesional” y el “clima y ambiente de trabajo” sean las dimensiones mejor valoradas, pueden ser elementos que justifiquen en cierta manera los altos grados de satisfacción observados. Es llamativo que en este estudio, las variables de antigüedad y relación laboral obtuvieron diferencias significativas con la dimensión “relación con el mando”. Este dato es interpretado como que los fisioterapeutas más antiguos y los fijos son los que peor valoran a los cargos de responsabilidad gestora, algo que con los datos obtenidos en este estudio respecto a la satisfacción del usuario, parece no influir en la relación del fisioterapeuta con el usuario.

5.3 LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Los resultados en salud declarados por los pacientes (patient reported outcome) han ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en la investigación, la práctica clínica y la planificación sanitaria (Valderas y Alonso, 2008)⁹⁷ (Garratt y otros, 2002)³². La autopercepción del estado de salud y la Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) aportan información complementaria a los indicadores de salud tradicionales basados en la mortalidad, siendo imprescindibles para describir la salud en los países desarrollados, donde la esperanza de vida ha ido aumentando de forma sostenida, siendo por tanto objeto de estudio

Además, tanto el estado de salud percibido como la Calidad de vida relacionada con la Salud han sido asociadas con la satisfacción global (Jenkinson y otros, 2002)⁴⁸. Existen otras investigaciones basados en la aplicación de tratamientos conservadores que también demuestran interés en conocer la influencia de éstos en la CVRS medida con el cuestionario SF-36. Entre ellas, podemos señalar los estudios realizados por O'Really, Muir y Doherty (1999)⁷³, Angst y otros (2001)⁵ Dermirhan y otros (2005)²¹, obteniendo cambios estadísticamente significativos en gran parte de las dimensiones analizadas, tal y como ocurre en nuestro estudio, tras aplicar el cuestionario SF-12. Estos resultados están en la línea de los obtenidos por Forestier, Desfour y otros (2010)²⁸, tras aplicar un tratamiento en el medio acuático durante tres semanas en una muestra 118 sujetos. Sus resultados mostraron de forma general una mejora para su grupo experimental del 54,4%. No obstante, debemos indicar que en esta investigación se utilizó el cuestionario SF-36 para la medición de la CVRS, a diferencia de la versión SF-12 empleada en el presente estudio.

Respecto a la primera pregunta, relacionada con la mejora respecto a su estado de salud general y que constituye por si sola la dimensión “Salud General”, se obtuvo un porcentaje de un 13,5% del total de usuarios para la respuesta sentirse mejor. Es llamativo observar como el grado de mejoría y la percepción del estado de salud general de los usuarios de fisioterapia puede estar influida en función del centro asistencial donde son atendidos. En este sentido, es conocido como aquellos que son tratados en un centro privado manifiestan encontrarse mejor que los que son atendidos en centros públicos. En el estudio de Osuna Pérez (2012)⁷⁴ esta percepción provoca un descenso considerable de usuarios que indican una mejora en su estado de salud general, ya que un 25,6% de los usuarios atendidos en el ámbito hospitalario indicó mostrarse igual antes y después del tratamiento para esta dimensión,

Respecto a la segunda y tercera pregunta, incluidas dentro de la dimensión Función Física, destacó el amplio porcentaje que mostró antes del tratamiento presentar mucha limitación para actividades moderadas como mover una mesa, pasar una aspiradora, jugar a los bolos o al golf (24%) y subir escaleras (19,4%). Estos resultados difieren de los mostrados por la Encuesta Nacional de Salud 2006 (2008)⁴⁵, situándose éstos en un 10,42%. Sin embargo, coinciden con los reportados por Espejo Antúnez (2012)²⁷ para todos sus grupos en cuanto a las graves limitaciones presentadas en su muestra procedente de Atención Primaria y diagnosticada de osteoartritis de rodilla.

Los resultados obtenidos distribuyen respuestas entre las distintas variables en una proporción muy similar, aunque algo inferior a los obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud (2006), concentrándose para esta última la mayor parte de las respuestas en la variable “Nada limitado” (23,8% para la pregunta nº2 y 45,3 % para la pregunta nº3 frente al 58,2% que indica la Encuesta Nacional de Salud (2006) y en la respuesta “Sí, un poco” para la pregunta nº2 del cuestionario SF-12. El 23,8% y el

45,3% no presentaron ninguna limitación en sus Actividades básicas de la vida diaria para estas actividades. El porcentaje ponderado de ambos grupos experimentales del estudio de Espejo Antúnez (2012)²⁷ a la respuesta “Limitado, pero no gravemente” es del 32,05% frente al 30,88 que indica la Encuesta Nacional de Salud (2006). Algo superiores son los resultados obtenidos en este estudio tanto en la pregunta nº2 (52,2% para la respuesta “Sí, un poco”) como en la pregunta nº3 (35,3% para la respuesta “Sí, un poco”). La reflexión realizada sobre estos datos nos orienta a determinar el perfil de usuario que visita estos centros respecto a los que no los visitan. Se caracterizan por presentar múltiples patologías que acaban interactuando, influyendo en otras dimensiones propias de presentar una óptima calidad de vida, como puede ser la independencia o la función física que presentan.

Respecto a los resultados tras el tratamiento de fisioterapia, se observó un descenso importante respecto a la limitación en las actividades de la vida diaria, descendiendo la severidad del 24% al 10,4% en aquellos que presentaron una gran limitación debido a la afección por la que son tratados. Del mismo modo, aumenta el número de usuarios que no tiene limitación alguna en un 11% aproximadamente. Nuestros resultados positivos coinciden con los mostrados por Espejo Antúnez (2012)²⁷ en su estudio, obteniendo mejoras estadísticamente significativas para la dimensión Función Física

La pregunta nº4 (¿Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado como consecuencia de su estado de salud?) y la pregunta nº5 (¿Ha estado más o menos limitado en su trabajo como consecuencia de su estado de salud?) integran en la versión reducida del cuestionario SF-12 la dimensión Rol Físico. Un 17% de los usuarios, tras el tratamiento, indica que ya no muestra limitación al realizar su trabajo, reduciéndose

en más de un 30% aquellos que han llevado menos tareas de lo que le hubiese gustado antes y durante el tratamiento, recuperando las mismas tareas que realizaba antes de su afección o enfermedad. Estos resultados indican que la dimensión rol físico es una de las que mejores resultados obtiene (23,5%), coincidiendo con Espejo Antúnez (2012)²⁷ tras aplicar fisioterapia en el medio acuático en usuarios diagnosticados de osteoartritis de rodilla, obteniendo para esta dimensión una mejora del 40,98%.

La pregunta nº6 (¿Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado?) y la pregunta nº7 (¿No ha realizado su trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como es habitual?) constituyen la dimensión Rol Emocional.

Los resultados obtenidos en la pregunta nº6 arrojan una mejora del 30%. Es decir, el 30% de los usuarios que reciben tratamiento de fisioterapia, tras concluir éste vuelven a realizar la misma cantidad de tareas que realizaba antes por cuestión de la afección o enfermedad. La pregunta nº7 mostró que aproximadamente un 18% de los usuarios vuelve a realizar sus actividades tan cuidadosamente como antes de presentar el problema por el que acude a tratamiento de Fisioterapia. En líneas generales, existe una mejora para esta dimensión del 24%. Respecto a la CVRS referente a las dimensiones emocionales, (Djernes, 2006)²³ afirma que los síntomas depresivos constituyen una condición clínica frecuente en la persona mayor. Si tenemos en cuenta la existencia de una asociación entre la realización de tratamiento fisioterápico y presentar una buena salud mental (Lindwall y otros, 2006)⁵⁶, podemos establecer una relación positiva entre la mejora de las dimensiones referentes a la esfera física y las referentes a la esfera emocional, tal y como ocurre en el presente estudio.

La pregunta nº8 constituye por sí sola la dimensión Dolor Corporal (¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias

(incluyendo el trabajo fuera de casa y en casa)? Si es así, ¿cuánto?). Un 7% del total de usuarios refiere reducir la interferencia de la lesión de manera “extrema”, reduciéndose de forma “bastante” en un 14%. Nuestros resultados en esta dimensión son inferiores a los mostrados por otros autores. En el estudio de Espejo Antúnez (2012)²⁶, se alcanzó en la calidad de vida de los sujetos pertenecientes al grupo de hidrocinesiterapia, una mejora para la dimensión dolor corporal del 57,60%. Del mismo modo, en una intervención basada en ejercicio en el medio acuático, Yurtkuran y otros (2006)¹⁰⁶, empleando el cuestionario NHP (Nottingham Health profile) señaló mejoras para la dimensión dolor corporal del 58,4%, muy superiores a las obtenidas en nuestro estudio.

La preguntas nº9 (¿Se ha sentido calmado y tranquilo?) y la pregunta nº11 (¿Se ha sentido desanimado?) constituyen la dimensión Salud Mental. La tendencia de la pregunta nº9 es a sentirse más calmado y tranquilo progresivamente, aumentando los usuarios que indican “Todo”, “Bastante” y “Moderado” en un 18%. La pregunta nº11 tan sólo obtiene una mejora del 6,5% entre las respuesta de “algo”, “poco” o “nada”, constituyendo la pregunta que peores resultados obtiene. Estos resultados van en consonancia a los mostrados por (Weigl, y otros 2004)¹⁰¹. Su intervención incluye técnicas de electroterapia y masoterapia dentro del tratamiento prescrito, similar a las técnicas que han podido emplearse en el tratamiento de los usuarios del presente estudio, no obteniendo mejoras significativas para esta dimensión

La pregunta nº10 (¿Ha tenido mucha energía?) constituye por sí misma la dimensión Vitalidad. Los resultados alcanzados muestran una tendencia al aumento de su energía. Los usuarios sienten una mejora para las respuestas “Máxima”, “Bastante” y “Moderada” de un 18%. Consideramos que los resultados alcanzados para la pregunta nº7 (dimensión Rol Emocional), siendo idénticos a los obtenidos en esta dimensión

(18%), pueden estar influyendo uno en el otro, perteneciendo ambas dimensiones al componente sumario mental.

Por último, la pregunta nº12 (¿Durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo sus problemas de salud física o emocional han interferido con sus actividades sociales (como visitas con amigos, parientes, etc?) constituye la dimensión Función Social. Los resultados alcanzados para esta dimensión indican un aumento progresivo en el número de usuarios que indican una reducción de la influencia de su salud física y emocional en sus actividades sociales, pasando del 48,8% de la muestra que antes del tratamiento indicaba que la influencia era “Todo el tiempo”, “La mayor parte del tiempo” o “En algún momento” al 40,7% que indican tras el tratamiento que en “pocos momentos” o “en ninguno” le influye para la realización de actividades sociales.

No encontramos ningún estudio que analice la influencia de la satisfacción del usuario que realiza tratamiento de fisioterapia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Aquellos que analizan la calidad de vida, aplican escalas de valoración diferentes a las mencionadas, pudiendo citar el realizado por Hinman, Heywood y Day (2007)⁴⁰ utilizando la escala AQoL constando de 15 ítems y validada para el uso en la población en general. También está el de Hawthorne, Richardson y Day (2001)³⁷, el realizado por Stener-Victorin., y otros (2004)⁹⁰, empleando el cuestionario GSI (Índice de severidad global) o el estudio realizado por Suárez-Serrano, y otros(2013)⁹¹ que aplica el cuestionario King’s Health Questionnaire (KHQ), de 21 ítems distribuido en 9 dimensiones y aplicado sobre mujeres con incontinencia urinaria. Dada la heterogeneidad de escalas existentes para medir la misma variable, consideramos necesario estandarizar la aplicación de alguno de los cuestionarios más utilizados

De manera general, las dimensiones que obtuvieron mejores resultados fueron la Función Física, el Rol Físico y el Rol Emocional. Tras estos resultados, coincidimos con las conclusiones vertidas por Borges, Bertoldo y Zarpellon (2010)¹² y Espejo Antúnez, y otros (2012)²⁶ del tal manera que estos resultados evidencian una influencia positiva del tratamiento en las unidades de fisioterapia sobre los síntomas relacionados con el aspecto emocional y sobre aquellos relacionados con las aptitudes físicas, observándose una tendencia a la reducción de los síntomas depresivos y un aumento de la aptitud funcional.

En definitiva, es fundamental avanzar hacia un modelo de pacientes informados, en el que el afectado sea el protagonista de su enfermedad. Los excesivos tiempos de espera para la atención sanitaria podrían reducirse garantizando una verdadera continuidad asistencial, incluyendo los dispositivos sociosanitarios necesarios, los profesionales, las familias y las personas cuidadoras. Ante el panorama mostrado tras los resultados obtenidos, las recomendaciones que se deben plantear en la actualidad deben dirigirse en fomentar las Unidades de Fisioterapia y el papel del fisioterapeuta en el Sistema Sanitario Público como aliados y agentes necesarios en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. También consideramos de gran importancia potenciar entre los profesionales sanitarios la necesidad de transmitir información al usuario, pues constituye un elemento esencial en la satisfacción percibida.

6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto al diseño, una de las limitaciones de este tipo de estudio es la falta de prospección. El tiempo de seguimiento respecto a la satisfacción referida suele ser relativamente corto. Coincidimos con Harrison, Roberts y Elton (2005)³⁶ en indicar la dificultad en la adherencia a los tratamientos de fisioterapia, algo que consideramos repercute directamente en la calidad de la atención prestada.

Por otro lado, el no haber tenido en cuenta la patología por la que acuden los pacientes a las Unidades de Fisioterapia, en cierto modo puede sesgar los resultados obtenidos, ya que, el momento de la evolución en la que son tratados los usuarios, la región corporal afecta y el estilo de vida, incluyendo en éste último la actividad laboral a la que se dedique, puede determinar la respuesta del usuario respecto a su satisfacción con la unidad de fisioterapia y con la percepción sobre su calidad de vida.

Respecto al cuestionario de satisfacción, podemos indicar como limitación la unidireccionalidad del mismo; si bien es cierto, la complejidad en cuanto a las dimensiones de las cuestiones analizadas dificulta de por sí su interpretación. Por último indicar la imposibilidad de correlacionar la satisfacción del usuario con la Calidad de vida relacionada con la Salud.

7 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como prospectiva de este estudio; futuras líneas de investigación deberían ir encaminadas a ampliar la muestra, incluyendo a usuarios de diferentes unidades de fisioterapia y de diferentes niveles asistenciales (tanto provinciales como autonómicos), con la finalidad de poder relacionar si los resultados obtenidos son equiparables o no, pudiendo reconocer los factores influyente en las posibles diferencias encontradas.

Por otro lado, consideramos necesario no sólo medir el grado de satisfacción que muestra el usuario, sino también conocer el nivel de información que los profesionales fisioterapeutas consideran que proporcionan a sus pacientes, con la finalidad de reconocer posibles aspectos a mejorar en la atención prestada.

Por último, y conociendo la relevancia que alcanza la medición de la Calidad de vida relacionada con la Salud, sería de gran interés relacionarla con el grado de satisfacción, pudiendo determinar otro posible aspecto asociativo al grado de satisfacción.

Más allá de estas futuras líneas de investigación, creemos que existe un campo metodológico y científico para la creación de instrumentos de medida propios que nos permitan demostrar de forma objetiva los resultados obtenidos mediante la fisioterapia y de este modo, conseguir los marcos competenciales que nos pertenecen.

8 CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

A continuación, presentamos las conclusiones obtenidas de la presente tesis doctoral, que dan respuesta a los objetivos iniciales planteados al inicio de esta investigación.

1. El cuestionario de satisfacción del usuario diseñado se muestra válido y fiable como instrumento de medida para valorar el grado de satisfacción del usuario que acude a las Unidades de Fisioterapia hospitalarias.
2. El grado de satisfacción general de los usuarios que acuden a las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de la ciudad de Sevilla fue del 96%, superior a otros realizados en el ámbito de la Fisioterapia.
3. Se obtuvieron mejoras en todas las dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la Salud tras la finalización del tratamiento de fisioterapia, destacando las dimensiones de Rol Físico, Función Física y Rol Emocional.
4. Los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla son predominantemente mujeres (64,6%), casados (65,1%), con una edad media de 50 años y un 51% no tienen estudios o estudios primarios y solo el 22,5% estudios universitarios.
5. Los servicios de remisión son principalmente Traumatología (62%) y Neurología (6%) .Destacando una miscelánea de servicios médicos.
6. Los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla, esperan una media de 30 días, pero con una variabilidad más amplia, dependiendo de la patología del paciente.

7. Los aspectos más indicados a mejorar en la Unidad de Fisioterapia por parte de los usuarios fueron la necesidad de “mayor espacio”, la falta de intimidad”, la necesidad de “más fisioterapeutas” y el “tiempo de espera”, destacando como aspecto más positivo el “trato dispensado” o la “relación fisioterapeuta-paciente”.
8. Tan sólo el 7,17% de los usuarios recibió un informe de alta al concluir el tratamiento fisioterápico, sin embargo, prácticamente la totalidad de los fisioterapeutas indica dar información tras finalizar el tratamiento en forma de recomendaciones (97,86%).

9.

9 BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ* 1996: 1291-1296.
2. Albornoz Cabello M, Rebollo Roldán J, García Pérez R. Escala de Aprensión Psicológica Personal (EAPP) en Fisioterapia. *Iberoam Fisioter. Kinesiol* 2005: 77-87.
3. Alcalá-Santiago F, Catalán-Matamoros DJ, Gámiz-Gordo R, Martín-Sánchez MC. Satisfacción del usuario de Fisioterapia en Atención Primaria. *Cuest. Fisioter* 2006: 71-78.
4. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria* 2000: 163-167.
5. Angst F, Aeschlimann A, Steiner W, Stucki G. Responsiveness of the WOMAC osteoarthritis index as compared with the Sf-36 in patients with osteoarthritis of the legs undergoing a comprehensive rehabilitation intervention. *Annals of Rheumatic Diseases* 2001: 834-840.
6. Basler HD, Bertalanffy H, Quint S, Wilke A, Wolf U. TTM-based counselling in physiotherapy does not contribute to an increase of adherence to activity recommendations in older adults with chronic low back pain a randomised controlled trial. *Eur. J. Pain* 2007: 31-37.
7. Bath B, Janzen B. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. *Multidiscip Health* 2012: 1-15.
8. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk Instrument for measuring patient Satisfaction with Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *Orthop. Sports Phys. Ther* 2005: 24-32.
9. Beattie PF, Nelson RM, Lis A. Spanish-language versión of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care (MRPS): preliminary validation. *Phys. Ther* 2007: 793-800.
10. Bergner M. The Sickness Impact Profile: Conceptual Formulation and Methodology for the Development of a Health Status Measure. *Int. J. Health* 1976: 393-415.
11. Bigné JE, Andreu L. Análisis de la satisfacción en la experiencia del consumidor: una aplicación en museos interactivos. *XIV Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing* 2002: 497-510.

12. Borges LJ, Bertoldo TR, Zarpellon G. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Esp. Geriatr. Gerontol* 2010: 72-78.
13. Buitrago F, Guillén J, Mencía JM, Agudo B, García M, Molina LJ. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. *Rev San Hig. Pub* 1991: 421-427.
14. Burdoy EJ, et al. Validación de la versión española del Modified Stanford Health Assessment Questionnaire (MSHAQ), un instrumento de medida de la satisfacción con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. *Atención primaria. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* 2003: 564-570.
15. Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. *Spine* 2008: 510-521.
16. Calcerrada-Díaz Santos N, Gracia San Román FJ, Blasco-Amaro JA, Andradar-Aragonés E, Pla-Mestre R. Sistema de clasificación de patologías en Rehabilitación en pacientes ambulatorios. *Rehabilitación*.2006: 180-187.
17. Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2008.
18. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. *Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cirugía Española* 2002: 319-324.
19. Coudeyre E, et al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2006: 600-608.
20. Departamento de Ciencia Política y RRII de la Universidad Autónoma de Madrid. *Barómetro EsCrónicos*; 2014.
21. Dermirhan, MD, Resa MD, Akin PT, Ajda PT. Effects of Kinesthesia and balance in Knee osteoarthritis. *Journal of clinical Rheumatology* 2005: 303-310.
22. Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Brugo-Llamazares V, Cómez-Acebo I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales Sisi San Navarra*. 2009: 317-325.
23. Djernes J.K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatr. Scand* 2006: 372-378.

24. Epstein KR, Laine C, Nelson EC, Davidoff F. Patients perceptions of office medical practice: judging quality through the patients'eyes. *Am J Med. Qual* 1996: 73-80.
25. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno Serrano FJ, de Oliveira Souda SL. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv. Res* 2010.
26. Espejo Antúnez L, Cardero Durán MA, Caro Puértolas B, Téllez de Peralta G. Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis. *Esp. Geriatr. Gerontol* 2012: 262-265.
27. Espejo Antúnez L. Estudio comparativo de dos tratamientos balnearios, hidrocinesiterapia versus peloides aplicados en pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla. [Tesis Doctoral]. Universidad de Extremadura; 2012.
28. Forestier R, Desfour H, et al. Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis: a large randomised multicentre trial. *Ann. Rheum. Dis* 2010: 660-665.
29. Frost H, Lamb SE, Doll HA, Taffe Carver P. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *The BMJ* 2004: 708.
30. García JM, Biedma L, Serrana R. Construcción de la satisfacción según el nivel asistencial. Instituto de Estudios de Andalucía; 2009.
31. García-Marín M, Osuna-Pérez MC. Efectividad de la información escrita de calidad en el aumento de la satisfacción con el servicio de fisioterapia durante la estancia hospitalaria de intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera. *Fisioterapia* 2013: 24-31.
32. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002: 1417-1421.
33. Goldstein MS, Eliot SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Phys. Ther* 2000: 853-863.
34. Gómez-Conesa A, Abril E. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en Atención Primaria de Salud. *Fisioterapia* 2006: 162-171.
35. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does matter?. *Milbank* 2001: 613-639.

36. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *Public Health (Oxf)* 2005: 25-32.
37. Hawthorne G, Richardson J, Day N. A comparison of the Assessment of quality of life (AQoL) with four other generic utility instruments. *Ann. Med* 2001: 358-370.
38. Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiother. Theory. Pract* 2007: 225-271.
39. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the view of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physioter. Theory. Pract* 2007: 1-20.
40. Hinman RS, Heywood SE, Day AR. Aquatic physical therapy for hip and knee osteoarthritis: results of a single blind randomized controlled trial. *Physical Therapy* 2007: 32-43.
41. Hoffmann T, McKenna K, Worrall L, Read SJ. Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age Ageing* 2007: 280-286.
42. Hudack, PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000: 3167-3177.
43. Hunt J, McKenna S, McEwen J. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology Communitarian Health* 1980: 281-286.
44. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys. Ther* 2011: 25-36.
45. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [13 de marzo de 2008; 24/2/14. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
46. Isac-Martinez I, Kindelán-Alonso B, León-Núñez N, López-Montes B, Moreno-Moreno S, Nogueira-López M. Eficacia de protocolo de fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe, establecido para la mejoría de la incontinencia urinaria femenina. *Fisioterapia* 2012: 154-160.
47. Jack K., McLean SM, Moffet JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man. Ther* 2010: 220-228.

48. Jenkinson, C., Coulter A, Bruster E, Richards N, Chandola T. Patient's experiences satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual. Saf. Health Care* 2002: 335-339.
49. Jimeno Serrano FJ, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina MP, Del Baño Aledo ME. Satisfacción y experiencias de los pacientes en centros de rehabilitación asociados con su confianza en la profesionalidad de los fisioterapeutas. *Rehabilitación* 2012: 227-235.
50. Johnson A., Sandford J, Tyndall J. Informacion verbal y escrita versus informacion verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*; 2008.
51. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch. Intern. Med* 2004: 1015-1020.
52. Knight PK, AN Cheng, Lee GM. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physioterapy Theory Practice* 2010: 297-307.
53. Kongsted A, et al. Education of patients after whiplash injury: is oral advice any better than a pamphlet? *Spine* 2008: 843-848.
54. Lawton MP. The concept and measurement of quality of life in frail elderly. *Academic Press*; 1991.
55. Lequerica AH, Kortte K. Therapeutic engagement: a proposed model of engagement in medical rehabilitation. *A.J. Phys. Med. Rehabil* 2010: 415-422.
56. Lindwall M., Rennemark M, Halling A, Berglund J, Hassmén P. Depression and exercise in elderly men and women: Findings from the Swedish National Study on Aging and Care. *J. Aging Phys. Activ* 2006: 41-55.
57. Little P, Roberts L, Bowlers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine* 2001: 2065-2072.
58. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physioterapy* 2012: 131-137.
59. Luk A, Aslani P. Tools used to evaluate written medicine and health information: document and user perspectives. *Health Education & Behavior*, 2011: 389-403.

60. Machado NP, Nogueira LT. Evaluation of physical therapy service user satisfaction. *Bras. Fisioter* 2008: 401-408.
61. Martínez Mateo F, Ibáñez Romaguera JM, Fontanet Baqué M. Derechos del usuario del hospital: Conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. *Calidad Asistencial* 2008: 72-82.
62. McDonald CA, Cox PD, Barlett DJ. Productivity and client satisfaction: a comparison between physical therapist and student-therapist pairs. *Physiother. Can* 2002: 92-101.
63. McGregor AH, Rylands A, Owen H, Doré CJ, Hughes SP. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? *Arthroplasty* 2004: 464-468.
64. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21 st century. National Academy Press; 2001.
65. Medina I Mirapeix F, Meseguer Henajeros AB, Navarrete Navarro S, Saturno Hernández PJ, Valera Garrido JF, Montilla Herrador J. Calidad percibida por los usuarios de fisioterapia en Atención Primaria. *Revista Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2005: 3-10.
66. Mesa-Ruiz AM, López-Liria R, Garrido-Fernández P, Rocamora-Pérez P, Fernández-Sánchez M, Pérez de la Cruz S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. 2010, 2010: 103-110.
67. Meseguer Henajeros A.B. El informe del usuario como instrumento para evaluar calidad percibida y científico-técnica en fisioterapia [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia; 2007.
68. Mingo-Gómez MT, Navas-Cámara FJ, Bayona-Marzo IA, Pérez-Gallardo L, Fernández-Pérez OJ. Satisfacción laboral del fisioterapeuta en la sanidad pública de Castilla y León. *Fisioterapeuta* 2012: 251-256.
69. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gaceta Sanitaria* 2010: 247-250.
70. Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys. Ther.* 2002: 682-691.
71. Mortimer CM, MacDonald RJ, Martín DJ, McMillan IR, Ravey J, Steedman WM. A focus group study of health professional's views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information. *Patient Educ. Couns.* 2004: 221-226.
72. Ommen O, Wirtz M, Janseen C, Neumann M, Ernstmann N, Pfaff H. Validation of a theory-based instrument measuring patient-reported

- psychosocial care by physicians using a multiple indicators and multiple causes model. *Patient Educ. Couns.* 2010: 100-106.
73. O'Really SC, Muir KR, Doherty M. Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases* 1999: 15-19.
74. Osuna Pérez MC. Información terapéutica, satisfacción y confianza en Fisioterapia: Instrumentos de medida y estudio correlacional en centros de fisioterapia en Andalucía Oriental. Universidad de Jaén; 2012.
75. Padilla-Quero E, Osuna-Pérez MC. Efectividad de la información escrita e ilustrada en la adherencia a un programa terapéutico domiciliario en pacientes con cervicalgia crónica: un estudio piloto. *Fisioterapia* 2013: 105-111.
76. Pantoja Zarza, L. El consentimiento informado, ¿solo un requisito legal? *Revista Española de Traumatología* 2004: 475-478.
77. Pearson SD, Raeke LH. Patient's trust in physicians: Many Theories, few measures and Little data. *Gen. Intern. Med* 2000: 509-513.
78. Real Decreto 1030/2006. Por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222 16 Septiembre, 2006.
79. Rebelo-Ferreira ST, Vilella B, Martín-Casas P, Bonilla-Solís R. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los equipos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid. *Fisioterapia* 2014: 81-86.
80. Rebollo J, García R. La investigación en Fisioterapia. Consideraciones preliminares. *Fundamentos en Fisioterapia*. Granada. Martínez Roca: 225-250.
81. Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Sci. Med* 1988: 935-939.
82. Rodríguez Lozano R. Estrategia para el abordaje de la cronicidad. El paso necesario. *Fisioterapia* 2013: 1-2.
83. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys. Ther.* 1999: 159-170.
84. Sánchez-Llanos ME, Espejo Antúnez L, Jimeno Merino JJ. Estrategia de enfermedades musculoesqueléticas y reumáticas. Un paso importante para el futuro de la fisioterapia. *Fisioterapia* 2013: 187-188.
85. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica. Diseño de Proyectos. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.

86. Schneiders AG, Zusman M, Singer KP. Exercise therapy compliance in acute low back pain patients. *Man Therapy* 1998: 147-152.
87. Servicio Andaluz de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de Procedimientos. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
88. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Sci. Med* 1997: 1829-1843.
89. Smith HK, et al. Informed consent in trauma: Does written information improve patient recall of risks? A prospective randomized study. *Injury*; 2011.
90. Stener-Victorin E., Kruse-Smidje C., Jung K. Comparison between electroacupuncture and hydrotherapy, both in combination with patient education and patient education alone, on the symptomatic treatment of osteoarthritis of the hip. *Clinical Journal of Pain* 2004: 181-182.
91. Suárez-Serrano, CM, Medrano-Sánchez E, Díaz-Mohedo E, De la Casa-Almeida M, Chillón-Martínez R, Chamorro-Moriana G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia* 2013: 18-23.
92. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Válimäki M. Patient's informational needs and information received do not correspond in hospital. *Clin. Nurs.* 2005: 1167-1176.
93. Sztompka, P. *Sociología del Cambio Social*; 1993.
94. Tejero M, Muniesa JM, Marco E, Sebastián E, Boza R, Belmonte R. Grado de satisfacción y mejoría clínica subjetiva tras la rehabilitación en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Rehabil.* 2006: 72-78.
95. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam. Pract.* 2002: 476-483.
96. Tippet, S. Teach about proper use of physical therapy: patients need to know their role for best outcome. *Patient Education Management* 2008: 114-115.
97. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual. Life Res.* 2008: 1125-1135.
98. Van der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy* 2007: 56-67.

99. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Med. Clin.* 2008: 726-735.
100. Ware, JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *I. Medicine Care* 1992: 473-483.
101. Weigl M, Angst F, Stucki G, Lehmann S, Aeschlimann A. Inpatient rehabilitation for hip or knee osteoarthritis: 2 year follow up study. *Annals of the rheumatic diseases* 2004: 360-368.
102. Windsor PM, Potter J, McAdam K, McCowan C. Evaluation of a fatigue initiative: information on exercise for patients receiving cancer treatment. *Clinical Oncology* 2009: 473-482.
103. World Health Organization Quality of Life Group; 1994.
104. Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioural interventions in the management of female urinary incontinence. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1998: 999-1007.
105. Yung V, Mackey M, Wand B, Adams R, Nelson R, Beattie P. Patient Satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia is high. *Physiotherapy* 2011: 1376-1377.
106. Yurtkuran M, Alp A, Nasircilar A, Bingöl Ü, Altan L, Sarpedere G. Balneotherapy and tap water therapy in the treatment of knee osteoarthritis. *Rheumatol Int* 2006; 7: 19-27

10 ANEXOS

**9.1. INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVIVERSITARIO
“VIRGEN DE VALME”**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ÁREA HOSPITALARIA DE VALME

INFORME DEL COMITÉ LOCAL DE ENSAYOS CLÍNICOS

D. M^a TERESA ESTACIO GIL

Secretaria del Comité Local de Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de Valme de Sevilla

CERTIFICA:

Que este Comité ha informado favorablemente sobre el estudio de Investigación titulado:

“Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las unidades de fisioterapia de los hospitales públicos de Sevilla”.

Cuyo investigador principal es:

D. Manuel Calvente Rodríguez.

Valorando positivamente la capacidad de los investigadores, objetivos y memoria del estudio.

Lo que firmo en Sevilla a 28 de octubre de 2009.

Fdo.: M^a Teresa Estacio Gil
Secretaria del C.L.E.C.

9.2. INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

“VIRGEN MACARENA”



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

D. MIGUEL ÁNGEL RICO CORRAL, COMO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA DE SEVILLA,

CERTIFICA:

Que esta Comisión en sesión celebrada el 19 de mayo de 2010 ha evaluado y aprobado del estudio titulado " Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla " presentado por el Dr. Manuel Calvente Rodriguez.

Y para que conste firmo el presente documento en Sevilla, a 19 de mayo de 2010

Fdo: Miguel Ángel Rico Corral



9.3. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio para el “Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla” es pertinente en tanto que sus resultados podrían abrir nuevos horizontes en la investigación y descubrir y/o plantear nuevos retos en la administración de dichos servicios; así como, la identificación de puntos débiles en las Unidades de Fisioterapia, centrando el estudio en la opinión de los usuarios y pudiéndose utilizar el resultado como ayuda en la organización y gestión de las mismas.

En el presente estudio su participación será la contestación por escrito a los cuestionarios que le aportamos, lo que no supone riesgo alguno para su salud. Por el contrario, los resultados de la investigación a que hace referencia el Documento de Consentimiento Informado, puede aportar información muy valiosa y orientativa en futuras investigaciones, así como en la organización y gestión sanitarias de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla.

Los criterios de inclusión del presente estudio son: sujetos mayores de 18 años sin distinción de sexo, capaces de realizar la lectura comprensiva del texto de los cuestionarios y que hayan recibido tratamiento fisioterapéutico en alguna de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla.

Si tiene alguna duda o quiere mayor información se puede dirigir al profesor D. MANUEL CALVENTE RODRIGUEZ como investigador principal del presente estudio, inscrito en el Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla; en su despacho del Centro Docente de Fisioterapia y Podología de la Escuela de Ciencias de la Salud de Sevilla, en la c/ Avicena s/n con código postal 41.009 y teléfono nº: 954486502.

Firmado: Manuel Calvente Rodríguez
Col. Nº: 41-197

Yo, D./D.^a....., mayor de edad, con DNI....., he sido informado/a y he comprendido qué es, cómo será mi participación, así como los riesgos y beneficios del presente estudio.

He comprendido lo anterior y doy mi consentimiento para la participación en el Estudio para el “Análisis del grado de satisfacción y de calidad de vida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla”.

También quedo informado que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, desligándome del presente estudio de investigación.

Sevilla a.....de..... de 20.....

Firma.....
(Nombre, dos apellidos y DNI)

9.4. CUESTIONARIO DE AFILIACIÓN

CUESTIONARIO

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

El cuestionario que a continuación presentamos se enmarca dentro de un estudio de investigación denominado: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE SEVILLA. El objetivo general del mismo es la evaluación del grado de satisfacción y la calidad de vida percibida de los usuarios de las Unidades de Fisioterapia de los hospitales públicos de Sevilla.

Consideramos totalmente necesaria su colaboración para el estudio de la calidad de las Unidades de Fisioterapia de los hospitales públicos de Sevilla.

La información obtenida está protegida por la Ley 12/89 que regula el secreto estadístico, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada para garantizar el anonimato de los entrevistados

Agradecemos su amabilidad al responderlo, así como cualquier otro comentario que quiera hacer sobre el tema que nos ocupa. Los espacios sombreados no deben contestarlos.

1. DATOS PERSONALES. Rellene los datos de identificación personal que aparecen a continuación.

Edad: _____ Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Nacionalidad: _____
Estado civil: -Casado ☐ -Soltero ☐ -Divorciado ☐ -Separado ☐ nº de hijos: _____
Nivel de estudios: Sin estudios ☐ E. Primarios ☐ Bachiller /FP ☐ Universitarios ☐

2. DATOS FÍSICOS. Rellene el siguiente cuadro con los datos relativos a sus medidas físicas.

Peso: _____ Kg Talla: _____ cm

IMC:

3. DATOS PROFESIONALES. Rellene los datos que aparecen a continuación (sólo una opción).

- Actividad laboral: SL ☐ Autónomo ☐ Por cuenta ajena ☐ Otros ☐
- Servicio de remisión : Traumatología ☐ Neurología ☐ Reumatología ☐ Otros ☐
- ¿Cuándo recibió el alta del servicio de fisioterapia recibió algún informe del fisioterapeuta? _____
- ¿Qué modificaría en su opinión sobre la Unidad de Fisioterapia? _____
- ¿Qué aspecto le parece más positivo de la Unidad de Fisioterapia? _____
- ¿Cree en su opinión que existe algún tratamiento fisioterapéutico que no se realiza en esta Unidad de Fisioterapia? _____ Cite algunos _____
- ¿Recomendaría esta Unidad de Fisioterapia a un familiar o amigo? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiempo de permanencia en la Unidad de Fisioterapia? _____ días

9.5. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

4. DATOS DE SATISFACCIÓN. Conteste las siguientes preguntas según su opinión sobre la asistencia de Fisioterapia recibida, mediante la siguiente escala.

1.- Muy insatisfecho	/ Muy mal
2.- Insatisfecho	/ Mal
3.- Ni satisfecho ni insatisfecho	/ Ni bien ni mal
4.- Satisfecho	/ Bien
5.- Muy satisfecho	/ Muy bien

1. ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la atención fisioterapéutica recibida en esta Unidad?	1	2	3	4	5
2. ¿Qué opinión tiene sobre el horario de asistencia que le ofrecieron?	1	2	3	4	5
3. ¿Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de espera?	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo valora la comodidad (asientos, luces, ruidos, ventilación) de la sala de tratamiento?	1	2	3	4	5
5. ¿Cómo valora el material de la sala de tratamiento (camillas, aparatos, sistemas de poleas)?	1	2	3	4	5
6. ¿Cómo le resultó orientarse para localizar la Unidad de Fisioterapia?	1	2	3	4	5
7. ¿Cómo le resultó la limpieza de la Unidad de fisioterapia?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo entendió la información que le daba el/la fisioterapeuta?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo entendió la información que le daban otros/as profesionales? (administrativos, médicos, auxiliares de enfermería, celadores)	1	2	3	4	5
10. ¿Qué grado de confianza tiene en la asistencia que le ha prestado el/la fisioterapeuta?	1	2	3	4	5
11. ¿Cómo cree que se ha respetado la confidencialidad o el secreto profesional de los datos clínicos?	1	2	3	4	5
12. ¿Cómo valora el respeto con el que le ha tratado el/la fisioterapeuta?	1	2	3	4	5
13. ¿Cómo valora el respeto con el que le han tratado los otros/as profesionales? (celadores, médicos, administrativos, auxiliares de enfermería)	1	2	3	4	5
14. ¿Cómo valora el grado de intimidad mientras el/la fisioterapeuta le realizaba el tratamiento?	1	2	3	4	5
15. ¿Compartió box de tratamiento individual con otros pacientes mientras el/la fisioterapeuta le realizaba la sesión?	1	2	3	4	5
16. ¿Cómo valora la disposición del fisioterapeuta para oírle cuando lo ha necesitado?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo considera la información que le dieron sobre el tratamiento fisioterapéutico que le realizaron?	1	2	3	4	5
18. ¿Hasta qué punto le permitieron dar su opinión sobre el tratamiento que le realizaron?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo valora las pruebas o exploraciones previas al tratamiento, realizadas por parte del fisioterapeuta?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo considera la información que le dieron sobre las pruebas o exploraciones realizadas por parte del fisioterapeuta?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

9.6. CUESTIONARIO SF-12 (a)

SF – 12 ENCUESTA DE SALUD

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pregunta su opinión sobre su salud. Esta información le ayudará a conocer como se encuentra y como Vd. es capaz de realizar sus actividades cotidianas.

Por favor, responda cada cuestión señalando una casilla. Si no está seguro como responder, por favor, dé la mejor respuesta posible.

1. En general, Vd. considera que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Razonable	Mala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes áreas son sobre actividades que Vd. podría realizar durante un día normal. ¿Su salud limita la realización de estas actividades. Si es así, ¿cuánto?

	Sí, mucho	Sí, un poco	No
2. Actividades moderadas, como mover una mesa, pasar una aspiradora, jugar a los bolos o al golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios escalones suaves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias, como consecuencia de su salud?

	SI	NO
4. Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha estado más o menos limitado en su trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.7. CUESTIONARIO SF-12 (b)

¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias, como consecuencia de problemas emocionales (tales como *depresión o ansiedad*)?

	SI	NO
6. Ha llevado a cabo menos tareas de las que le hubiera gustado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. No ha realizado su trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como es habitual	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8 ¿Durante las 4 últimas semanas ha interferido la lesión en la realización de tus actividades diarias (incluyendo el trabajo fuera de casa y en casa)? Si es así, ¿cuánto?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estas cuestiones son relativas a como Vd. se encuentra y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. Para cada cuestión por favor, de una respuesta lo más cercana a como se haya encontrado. ¿Cuánto tiempo durante las 4 semanas pasadas?

	Todo	Bastante	Moderado	Algo	Poco	Nada
9. ¿Se ha sentido calmado y tranquilo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿Ha tenido mucha energía?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ¿Se ha sentido desanimado?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12 ¿Durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo sus problemas de salud física o emocional han interferido con sus actividades sociales (como visitas con amigos, parientes, etc.)

Todo el tiempo	La mayor parte	Algún momento	En pocos momentos	Nada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>